BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

Société anonyme d'imprimerie. Paul Dupont, Directeur. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DE PARIS

PUBLIÉS PAR LES SOINS DES SECRÉTAIRES DE LA SOCIÉTÉ

M. HORTELOUP
Secrétaire général

ET

MM. POLAILLON ET LE DENTU
Secrétaires annuels

TOME VI

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Boulevard Saint-Germain et rue de l'Éperon

EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1880





BIENFAITEURS

DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

René DUVAL, fondateur d'un prix annuel de 100 francs.

Edouard LABORIE, fondateur d'un prix annuel de 1,200 francs.

Vulfrane GERDY, fondateur d'un prix biennal de 2,000 francs.

Pierre-Charles HUGUIER, donateur d'une rente annuelle de 1,000 francs, destinée à favoriser les publications scientifiques de la Société.

DEMARQUAY, fondateur d'un prix biennal.

Paul GUERSANT, — LENOIR, — PAYEN, — VELPEAU, — GERDY, — baron LARREY, donateurs de livres pour la bibliothèque de la Société.

PRÉSIDENTS



DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

DEPUIS SA FONDATION.

MM.

1844. — A. Bérard.
1845. — Michon.
1846. — Monod.
1847 — Lenoir.
1848. — Robert.
1849. — Cullerier.
1850. — Deguise père.
1851. — Danyau.
1852. — Larrey.
1853. — Guersant.
1854. — Denonvilliers.
1855. — Huguier.
1856. — Gosselin.
1857. — Chassaignac.
1858. — Bouvier.
1859. — Deguise fils.
1860. — Marjolin.
1861. — Laborie.
1862. — Morel-Lavallée.

MM.

1863. — Depaul.
1864. — Richet.
1865. — Broca.
1866. — Giraldès.
1867. — Follin.
1868. — Legouest.
1869. — Verneuil.
1870. — A. Guérin.
1871. — Blot.
1872. — Dolbeau.
1873. — Trélat.
1874. — Maurice Perrin
1875. — Le Fort.
1876. — Houel.
1877. — Panas.
1878. — Félix Guyon.
1879. — S. Tarnier.
1880. — Tillaux.

PERSONNEL

DE LA

SOCIÉTÉ NATIONALE DE CHIRURGIE.

COMPOSITION DU BUREAU POUR L'ANNÉE 1880

Président	MM. TILLAUX.
Vice-président	DE SAINT-GERMAIN.
Secrétaire général	HORTELOUP.
Secrétaires annuels	POLAILLON et LE DENTU.
Trésorier	BERGER.
Archiviste	TERRIER.

MEMBRES HONORAIRES.

MM. Blot.
Boinet.
Bouley (H.).
Broca.
Cloquet (J.).
Deguise.
Depaul.
Gosselin.
Guérin (Alphonse).
Houel.

MM. Larrey (baron).
Le Fort (Léon).
Legouest.
Maisonneuve.
Monod.
Paulet.
Richet.
Ricord.
Rigaud, de Nancy.

MEMBRES TITULAIRES.

MM. Anger (Théophile).
Berger.
Cruveilhier.
Delens.
Desormeaux.
Desprès.
Dubrueil.
Duplay.
Farabœuf.
Forget.
Gillette.
Giraud-Teulon.
Guéniot.
Guyon (Félix).
Horteloup.
Labbé (Léon).
Lannelongue.

MM. Le Dentu.
Lucas-Championnière.
Magitot.
Marjolin.
Nicaise.
Panas.
Périer.
Perrin (Maurice).
Polaillon.
de Saint-Germain.
Sée (Marc).
Tarnier.
Terrier.
Terrillon.
Tillaux.
Trelat.
Verneuil.

MEMBRES CORRESPONDANTS

NATIONAUX.

MM. Ancelet, à Vailly-sur-Aisne (Aisne).
Arlaud, directeur du service de santé de la marine à Toulon.
Aubrée, professeur à l'École de médecine de Rennes.
Avat (D'), chirurgien de l'hospice d'Aix (Savoie).
Azam, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Azéma, à l'île de la Réunion.
Baizeau, médecin inspecteur de l'armée.
Baudon, médecin-major de l'armée.
Beau, à Brest.
Benoit, professeur à la Faculté de Montpellier.
Berchon, directeur du service sanitaire de la Gironde, à Pauillac.
Bérenger-Féraud, médecin principal de la marine.
Bernard, à Apt (Vaucluse).
Bœckel, à Strasbourg.
Bœckel (Jules), à Strasbourg.
Boissarie, à Sarlat.
Bouchacourt, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Bouisson, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier.
Bourgeois, à Étampes (Seine-et-Oise).
Bourguet, chirurgien de l'hôpital d'Aix (Bouches-du-Rhône).
Cazin, à Boulogne.
Champenois, médecin principal de l'armée.
Chapplain, professeur à l'École de médecine de Marseille.
Chauvel, professeur agrégé au Val-de-Grâce.
Chedevergne, professeur à l'École de médecine de Poitiers.
Chipault, à Orléans.
Closmadeuc, chirurgien de l'hôpital de Vannes.

MM. Colson, à Noyon.
Courty, professeur à la Faculté de Montpellier.
Cras, professeur à l'École navale de Brest.
Dauvé, médecin principal de l'armée.
Debrou, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Orléans.
Decès (J.-B.), chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.
Delacour, directeur de l'École de médecine de Rennes.
Delore, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Denucé, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Desgranges, professeur à l'École de médecine de Lyon.
Devalz, à Bordeaux.
Diday, ex-chirurgien de l'Antiquaille à Lyon.
Drouineau, chirurgien des hôpitaux civils de La Rochelle.
Duboué, chirurgien à Pau.
Dubreuilh (Ch.), chirurgien de la Maternité de Bordeaux.
Duménil, chirurgien des hôpitaux de Rouen.
Duplouy, professeur à l'École navale de Rochefort.
Ehrmann, à Mulhouse.
Faucon, à Amiens.
Fleury, professeur à l'école de Clermont.
Gaujot, professeur au Val-de-Grâce.
Gayet, professeur suppléant à l'École de médecine de Lyon.
Gross, professeur à la Faculté de Nancy.
Herrgott, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Heurtaux, professeur adjoint à l'École de médecine de Nantes.
Houzé de l'Aulnoit, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Houzelot, chirurgien en chef de l'hôpital de Meaux.
Hue (Judes) chirurgien adjoint de l'Hôtel-Dieu de Rouen.
Jouon, professeur à l'École de médecine de Nantes.
Kœberlé, à Strasbourg.
Lannelongue, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Letiévant, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Lizé, chirurgien de la Maternité du Mans.
Mascarel, à Châtellerault (Vienne).
Maunoury, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Michel, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.
Molière (Daniel), chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Monteils, à Mende (Lozère).
Mordret, chirurgien au Mans.
Mourlon, médecin-major de l'armée.
Notta, chirurgien de l'hôpital de Lisieux.
Ollier, chirurgien en chef honoraire de l'Hôtel-Dieu de Lyon.
Oré, professeur à l'École de médecine de Bordeaux.
Pamard, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Avignon.
Paquet, Lille.

MM. Parise, professeur à la Faculté de médecine de Lille.
Patry, à Sainte-Maure (Indre-et-Loire).
Payan, chirurgien de l'Hôtel-Dieu d'Aix, en Provence.
Philippeaux, à Lyon.
Pirondi, chirurgien de l'hôpital de Marseille.
Poinsot, Bordeaux.
Poncet, médecin-major de l'armée.
Pravaz, à Lyon.
Prestat, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Pontoise.
Puel, à Figeac.
Raimbert, à Châteaudun.
Rochard, inspecteur général de la marine à Paris.
Ribell, chirurgien de l'hospice de la Grave à Toulouse.
Roux, de Marilles.
Salmon, chirurgien de l'hôpital de Chartres.
Sarazin, médecin-major de l'armée.
Sédillot, membre de l'Institut (Académie des sciences), professeur honoraire de la Faculté de Strasbourg (Paris).
Silbert, à Aix.
Sistach, à Bône (Algérie).
Spillmann, médecin-major de l'armée.
Stolz, doyen de la Faculté de médecine de Nancy.
Surmay, à Ham.
Tholozan, médecin principal de l'armée (Perse).
Thomas (Louis), à Tours.
Védrènes, médecin principal de 1re classe de l'armée.
Viard, à Montbard (Côte-d'Or).

MEMBRES ASSOCIÉS ÉTRANGERS.

6 janvier 1864..... — Adams-Robert, Dublin.
11 août 1875....... — Bowmann, Londres.
7 janvier 1880.... — Deroubaix, Liège.
5 janvier 1870 .... — Donders, Utrecht.
24 août 1852....... — Grimm, Berlin.
5 janvier 1870.... — Helmholtz.
30 juillet 1856 ..... — Langenbeck, Berlin.
7 janvier 1880 .... — Lister, Londres.
10 janvier 1877..... — Longmore, Netley-Southampton.
10 janvier 1877..... — Michaux, Louvain.
6 janvier 1864..... — Paget (James), Londres.
31 décembre 1862.. — Pirogoff, Russie.
30 juillet 1856...... — Porta, Pavie.
11 août 1875....... — Rizzoli, Bologne.
31 décembre 1862.. — Rokitansky, Vienne.
6 juillet 1859 ..... — Scanzoni, Wurzbourg.
3 janvier 1866..... — Vanzetti, Padoue.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS.

10 janvier 1877..... — Albert, Vienne.
10 janvier 1877..... — Amabile, Naples.
9 janvier 1878..... — Arlt, Vienne.
8 janvier 1868..... — Barbosa, Lisbonne.
13 janvier 1869..... — Bardeleben, Berlin.
26 novembre 1845. — Bassow, Moscou.
31 décembre 1862.. — Back, Fribourg-en-Brisgau.
8 janvier 1879..... — Bigelow, Boston.
31 octobre 1851.... — Birkett, Londres.
3 janvier 1865..... — Billroth (Th.), Vienne.
6 juillet 1859...... — Blasius, Halle.
17 septembre 1851. — Borelli, Turin.
10 janvier 1877.. .. — Bryant, Londres.
3 janvier 1865..... — Brown-Séquard.
13 janvier 1869.... — Broodhurst, Londres.
13 janvier 1864.... — Bruns (Victor), Tübingen.
mars 1867....... — Buren (Van), New-York.
22 décembre 1852.. — Burgrœve, Gand.
31 décembre 1861... — Coote (Holmes), Londres.
31 décembre 1862.. — Cornaz, Neufchâtel.
11 août 1875....... — Corradi, Milan.
6 juillet 1859...... — Crede, Leipzig.
3 juin 1857 .... — Crocq, Bruxelles
3 janvier 1865.... — Emmert (F. G.), Berne.
8 janvier 1862..... — Esmarch, Kiel.
6 juillet 1859 ..... — Fabri, Ravenne.
9 octobre 1853.... — Fleming, Dublin.
6 juillet 1859..... — Friedberg (H.), Berlin
9 janvier 1879..... — Galli, Lucques.
13 janvier 1864. .. — Gamgee (Samson), Birmingham.
13 janvier 1869.... — Gautier, Genève.
13 janvier 1864.... — Gherini, Milan.

9 janvier 1879 .... — Gritti, Milan.
3 janvier 1865.... — Gurtl (E.), Berlin.
29 août 1855....... — Hammer, Saint-Louis (Missouri).
26 décembre 1855.. — Hannover, Copenhague.
15 septembre 1852. — Hewett (Prescott), Londres.
30 octobre 1854.... — Heyfelder (fils), Saint-Pétersbourg.
3 janvier 1865..... — Holmes, Londres.
2 janvier 1865.... — Humphry (G. M.), Cambridge.
31 décembre 1862.. — Hutchinson (J.), Londres.
13 janvier 1869.... — Krassowki, Saint-Pétersbourg.
6 juillet 1859...... — Larghi, Bologne.
6 juillet 1859...... — Mac-Leod, Glascow.
22 octobre 1856.... — Mayor (fils), Genève.
8 janvier 1868..... — Mazzoni, Rome.
13 janvier 1864.... — Melchiori (Giovanni), Milan.
3 janvier 1865.... — Neudörfer, Prague.
11 août 1875 .... — Otis (G.), Washington.
8 janvier 1868.... — Pemberton, Birmingham.
8 janvier 1862.... — Piachaud, Genève.
4 octobre 1848.... — Pitha, Prague.
6 juillet 1859...... — Ried, Iéna.
9 janvier 1878.... — Reverdin, Genève.
7 janvier 1880.... — Rose, Zurich.
11 août 1875....... — Rouge, Lausanne.
7 janvier 1880.... — Saboia, Rio-Janeyro.
2 janvier 1856.... — Sand-Cox, Birmingham.
31 décembre 1862.. — Sangalli, Pavie.
10 janvier 1877.... — Saxtorph, Copenhague.
31 décembre 1862.. — Simon (Gust.), Rostock.
mars 1867....... — Simon (John), Londres.
3 janvier 1865.... — Stephen-Smith, New-York.
6 juillet 1869 ..... — Soupart, Gand.
31 décembre 1862.. — Sperino (Casimir), Turin.
31 décembre 1862.. — Testa, Naples.
6 juillet 1869...... — Thompson (Henry), Londres.
7 janvier 1880..... — Tilanus, Amsterdam.
mars 1867....... — Wells (Spencer), Londres.
8 janvier 1868..... — Wilms, Berlin.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

La Société de chirurgie dispose de quatre prix : LE PRIX DUVAL, LE PRIX LABORIE, LE PRIX GERDY et LE PRIX DEMARQUAY ; *les deux premiers sont annuels, les deux derniers sont biennaux.*

Le prix DUVAL a été fondé par Jacques-René Duval, membre de la Société de chirurgie de Paris. Le 12 juillet 1854, la Société a pris la décision suivante: « La Société de chirurgie de Paris, après une donation de M. Duval, fonde à titre d'encouragement un prix annuel de la valeur de 100 francs, en livres, pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie, publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent porter sur un seul sujet, et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

« Tous les auteurs, anciens et modernes, qui ont traité le même sujet devront être indiqués ainsi que la source précise des citations.

« Sont seuls admis à concourir, les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux, ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine. »

Les thèses soutenues depuis le 1er novembre de l'année 1876 jusqu'au 1er novembre de l'année 1877 seront seules admises à concourir. Les candidats devront adresser franco deux exemplaires de leur thèse au secrétariat de la Société avant le 1er novembre 1877.

Le prix Édouard LABORIE a été fondé par madame veuve Laborie, le 6 mai 1868. Il est annuel et de la valeur de 1,200 francs.

La Société a pris en 1868 les décisions suivantes :

« Le prix Édouard Laborie sera décerné chaque année dans la séance solennelle de la Société (deuxième mercredi de janvier) à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet quelconque de chirurgie adressé à la Société pendant l'année courante.

« Les auteurs sont libres de choisir les sujets de leurs mémoires ; toutefois, la Société indiquera tous les six ans un sujet de mémoire pris parmi les points de la chirurgie dont le docteur Laborie s'est plus particulièrement occupé.

« Tous les docteurs et élèves en médecine, français et étrangers, sont admis à prendre part au concours.

« Les mémoires écrits en français, en latin, en anglais ou en allemand, devront être envoyés (affranchis) à M. le Secrétaire général de la Société de chirurgie de Paris, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de chaque année.

« Les manuscrits doivent être adressés dans les formes académiques, c'est-à-dire non signés, mais portant une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat. »

Le prix GERDY a été fondé par Vulfranc Gerdy, en souvenir de son frère P.-N. Gerdy, membre de la Société de chirurgie. Ce prix, fondé le 26 novembre 1873, est biennal et de la valeur de 2,000 francs.

Aux termes du testament, la Société doit indiquer la question à traiter par les concurrents.

La Société a décidé que la question serait toujours donnée deux années à l'avance, et que, d'ailleurs, les compétiteurs devraient se soumettre aux règles déjà adoptées pour le prix Laborie.

Le prix DEMARQUAY a été fondé par Jean-Nicolas Demarquay, qui a légué à la Société de chirurgie une somme de 10,000 francs. Le prix est biennal. Le sujet, indiqué par la Société, est donné deux années à l'avance.

Après un rapport du Secrétaire général, lu en comité secret, le 16 décembre 1874, la Société a également décidé que *les membres titulaires* de la Société de chirurgie de Paris seraient *seuls exclus* des concours pour les prix Laborie et Gerdy.

La Société de chirurgie reçoit régulièrement les publications périodiques suivantes :

Abeille médicale. — Annales de gynécologie. — Archives générales de médecine et de chirurgie. — Art dentaire. — Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale. — Écho de la presse médicale française et étrangère. — France médicale. — Gazette hebdomadaire. — Gazette des hôpitaux. — Gazette obstétricale de Paris. — Journal de médecine et de chirurgie pratique. — Médecine contemporaine.— Moniteur thérapeutique. — Mouvement médical. — Progrès médical. — Recueil d'ophtalmologie. — Revue de thérapeutique médico-chirurgicale. — Revue scientifique de la France et de l'étranger. — Revue médicale de l'Est. — Sud médical. — Tribune médicale. — Union médicale. — Union pharmaceutique.

Alger médical. — Bordeaux médical. — Bulletin de la Société de médecine d'Angers. — Bulletin médical du Nord de la France. — Bulletin de la Société médicale de l'Aube. — Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe. — Gazette médicale de Bordeaux. — Gazette médicale de Strasbourg. — Journal de médecine de l'Ouest. — Journal de la section de médecine de la Société académique de la Loire-Inférieure. — Lyon médical. — Mémoires de la Société de médecine de Nancy. — Marseille médical. — Montpellier médical. — Revue médicale de Toulouse. — Société médicale de Reims. — Revue médicale et pharmaceutique du Midi.

Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique. — Centralblatt für Chirurgie. — Annales de la Associacion Larrey (Mexico). — The Boston Medical and Surgical Journal.—British Medical (London).—Comptes rendus de la Société de chirurgie de Moscou.— Gazzetta medica italiana lombardia (Milan). — L'Independente (Florence). — The Practitioner (London). — Medicinische chirurgische Rundschau (Vienne). — Medicinische Wiener Wochenschrift.

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

NOUVELLE SÉRIE.

Séance du 7 janvier 1880.

Présidence de M. TARNIER, président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

La *Gazette obstétricale*, la *Revue médicale française et étrangère*, le *Bulletin général de thérapeutique ;*

2° Le *Journal de médecine de Lille*, la *Gazette médicale de Strasbourg*, le *Lyon médical*, le *Bulletin médical du Nord;*

3° *The british medical Journal;*

4° Lettre de Russie sur l'Exposition et le Congrès d'anthropologie de Moscou, par M. le Dr Mayetot.

5° *Chirurgie antiseptique. Principaux modes d'application et résultats du pansement de Lister*, par M. le Dr Lucas-Championnière.

Vote.

A quatre heures, M. le président ouvre le scrutin et procède ensuite au dépouillement des votes qui donnent les résultats suivants :

1° Vote pour les membres correspondants nationaux : Messieurs Gross, de Nancy; Judes Hue, de Rouen; Daniel Molière, de Lyon; sont nommés membres correspondants nationaux.

2° Vote pour les membres associés étrangers; Messieurs Lister de Londres, Deroubaix de Bruxelles, sont élus.

3° Vote pour les membres correspondants étrangers : Messieurs Tilanus, d'Amsterdam; Rose, de Zurich; Sabia, de Rio-de-Janeiro, sont élus.

4° Commission pour l'examen des titres de candidats à la place vacante de membre titulaire : Messieurs Marjolin, Guyon et Després sont nommés membres de cette commission.

Rapport par M. Nicaise.

Cysto-fibro-sarcome du muscle triceps fémoral. Désarticulation coxo-fémorale; mort six mois après par généralisation de la néoplasie.

Par M. le Dr Gross, professeur à la Faculté de médecine de Nancy.

Résumé de l'observation de Gross.

F..., cultivateur, âgé de 40 ans, entre le 16 août 1878 dans le service de M. Gross à l'hôpital Saint-Léon. Cet homme a été bien portant jusqu'en juin 1876. A cette époque il a remarqué à la face antérieure de la cuisse gauche, vers l'union du tiers supérieur et moyen, un petit nodule du volume d'un gros pois, dur, roulant sous la peau. Ce nodule, né sans cause appréciable, est indolore ; il a grossi lentement jusqu'en mai 1877. A partir de cette époque, il a rapidement augmenté, et est devenu le siège de douleurs lancinantes ; la marche est pénible.

Le 1er décembre 1877, F... entre dans le service de M. le professeur Rigaud. A cette date la tumeur mesurait 12 centimètres de long sur 10 de large ; elle était bosselée, d'une consistance ferme et élastique, sans fluctuation, mobile sur les tissus profonds, sans connexion avec le fémur, ni avec la peau qui était saine.

Les ganglions inguinaux étaient intacts, les veines superficielles légèrement dilatées, pas d'œdème.

Etat général satisfaisant.

Une ponction faite avec le trocart de Kruss permit de reconnaître la nature sarcomateuse de la tumeur qui siégeait sous l'aponévrose.

L'ablation en est faite le 4 décembre 1877, par la méthode antiseptique; aux extrémités supérieure et inférieure de la tumeur, on est obligé de couper des faisceaux musculaires.

La tumeur a le volume du poing, ses parties périphériques sont fermes et résistantes, le centre est creusé d'une cavité anfractueuse à parois ramollies et contenant environ 50 grammes d'un liquide chocolat. Le microscope montre qu'il s'agit d'un sarcome fuso-cellulaire mélangé d'éléments globuleux.

F... sort guéri le 19 janvier 1878.

Le 16 *juillet*, il rentre dans le service de M. le professeur Simonin, pour une récidive, dont le début remontait au mois de mars. Le malade est pâle, anémique, mais son état général est encore assez satisfaisant.

Il sort pour revenir dans les premiers jours d'août en demandant qu'on le débarrasse de son membre.

16 *août*. La cuisse est occupée par une énorme tumeur qui s'arrête en haut à deux travers de doigt de l'arcade et en bas à quatre travers de doigt de la rotule; elle a 35 centimètres de long et 42 centimètres de large, formant un énorme croissant qui enveloppe les 2/3 antérieurs de la cuisse; un sillon transversal semble la séparer en deux lobes, dont l'inférieur plus mou présente de la fluctuation. La tumeur est mobile sur le fémur La peau est altérée, violacée, adhérente, parcourue par des veines volumineuses; l'ancienne cicatrice est ulcérée.

Les articulations de la hanche et du genou sont intactes.

Aucun indice de généralisation.

Le malade réclamant toujours l'opération, M. Gross propose la désarticulation coxo-fémorale qui est pratiquée le 3 septembre 1878, d'après le procédé ovalaire à raquette antérieure décrit par M. Verneuil, dans son mémoire à l'Académie ; ligature de l'artère fémorale sous l'arcade, section ovalaire de la peau, puis dissection de la tumeur afin de pouvoir arriver sur l'articulation ; ce temps de l'opératien est rendu difficile par le grand nombre des vaisseaux qu'on rencontre.

La tumeur une fois séparée en dedans et en dehors, M. Gross recherche les vaisseaux fémoraux et passe au-dessus de la tumeur une ligature en masse sous le paquet vasculo-nerveux ; la première ligature était à un centimètre environ au-dessous de l'arcade ; il coupe les vaisseaux entre les deux ligatures ; un jet de sang considérable jaillit aussitôt. Il provenait de la fémorale profonde qui naissait sous l'arcade au-dessus de la première ligature. I veine fémorale restait béante, on appliqua une pince sur son orific e. L'hémorrhagie fut arrêtée rapidement, mais le malade eut une syncope et l'on dut interrompre l'opération.

Lorsqu'elle fut reprise on coupa successivement les muscles internes et postérieurs pour terminer par la désarticulatoin. Ce dernier temps était rendu tellement difficile par le volume de la tumeur que M. Gross sépara le membre par un trait de scie au-dessous du grand trochanter puis saisissant l'extrémité supérieure du fémur avec un davier, il acheva l'opération. Celle-ci a duré une heure un quart.

La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée au 100e. Elle est laissée béante et recouverte de petites compresses de gaze phéniquée, puis de ouate phéuiquée.

Par la dissection on reconnaît que l'énorme tumeur qui mesure 53 centimètres de circonférence est située tout entière dans le muscle triceps fémoral. C'est un sarcome globo et fuso-cellulaire dont la structure et la consistance varient selon les points et qui, dans sa moitié inférieure, présente une cavité d'où s'écoule environ un litre d'un liquide brun, de consistance visqueuse ; les parois de la cavité présentent des filaments nombreux.

Le liquide a été analysé par M. Ritter; sa densité est de 1021,4

la proportion d'eau est de..................	918 90
le résidu solide...........................	81 10

Celui-ci se compose :	
de matières organiques....................	69 17
dont, solubles dans l'éther.................	3 10
et sels....................................	11 93

Les sels sont principalement des phosphates et des chlorures ; peu de sulfates à base de chaux, de magnésie, de sodium et de potassium. La matière soluble dans l'éther est de la cholestérine. Les matières albuminoïdes sont de la paralbumine (presqu'en totalité). Il n'y a pas de mucine, ni de colloïdine.

Suites de l'opération. La prostration est restée considérable jusqu'au lendemain soir ; puis le pouls s'est relevé, la température est montée à 39°. La sécrétion de la plaie est abondante, la suppuration s'établit, quelques frissons légers se montrent.

Dès le 14, 11 jours après l'opération un bourgeon sarcomateux naît à un des angles de la plaie ; d'autres suivent, ils sont traités par la pâte de canquoin.

Le 15 surviennent en outre des symptômes d'intoxication phéniquée. A chaque pansement on pulvérisait une solution phéniquée à 1 0/0 et la plaie était recouverte de compresses de gaz phéniquée, de plus on faisait des lavages dans ses parties anfractueuses. Le 12 seulement on avait recouvert la plaie de protective.

Il y a de la diarrhée, les urines sont noires ; l'analyse faite par M. Ritter, dit qu'elles renferment peu d'urée et beaucoup d'urates et des quantités assez notables de phénol.

On cesse l'emploi de l'acide phénique, les lavages sont faits avec une solution d'hypermanganate de potasse, et la plaie est recouverte de compresses de gaze simple. Les urines redeviennent claires.

La récidive fait des progrès, l'état général est mauvais. Les plaques sarcomateuses sont cautérisées plusieurs fois avec la pâte de canquoin; la plaie, cependant se rétrécit peu à peu, mais de nouvelles tumeurs se développent à sa base vers le pubis et l'ischion et gênent par moments la miction et la défécation. La généralisation de la néoplasie devient manifeste et la mort arrive le 17 mars, six mois 1/2 après l'opération.

Autopsie. On trouve des noyaux sarcomateux dans les poumons sous la plèvre pariétale, dans les côtes, dans le foie, dans la colonne vertébrale, dans les os du crâne qui sont perforés, dans les os du bassin, il y avait ainsi une cinquantaine de tumeurs au moins.

Cette observation donne lieu, de la part de M. Gross, à quelques remarques intéressantes.

D'abord le sarcome primitif des muscles est rare ; admis par Volkmann, Cornil et Ranvier disent qu'ils n'en connaissent pas d'exemple. M. Gross en cite deux cas :

1° Un de myxo-sarcome du muscle couturier (Volkmann, *Beitrage zur Chirurgie*, p. 249, et Billroth et Pitha, *Hamb. der spec. Chir.*, t. II, 2e partie, p. 903);

2° Un de myxo-sarcome du muscle du mollet (Billroth, *Chir. Klinik. Urin.*, 1869-1870, p. 365).

Il rapporte encore un cas de myxome des muscles adducteurs de la cuisse, observé par Kœnig (Volkmann in Billroth et Pitha, t. II, p. 903).

A ces rares faits vient donc s'ajouter l'observation de M. Gross, où nous avons vu le sarcome naître primitivement dans le muscle triceps fémoral.

M. Gross a cherché également à élucider le mode de développement du néoplasme dans le muscle.

Sur ce point, deux opinions se présentent : les uns disent que le sarcome se développe dans le tissu conjonctif inter-fasciculaire et que la fibre musculaire ne subit que des altérations passives avec dégénérescence granuleuse ou graisseuse (Cornil et Ranvier, Morel, Wittich, Sick, Rindfleisch); les autres pensent que la fibre musculaire joue un rôle actif dans le développement du sarcome (O. Weber, Foerster, Waldeyer); Sokolow est plus précis : il admet la transformation des éléments cellulaires apparus dans l'intérieur du faisceau musculaire primitif en tissu sarcomateux.

Chez le malade dont nous venons de relater l'observation, l'examen histologique fait par MM. Gross et Feltz a démontré que l'altération des fibres musculaires consistait seulement en une dégénérescence granulo-graisseuse avec atrophie.

Quant au procédé opératoire suivi par M. Gross, étant donnés le siège et les dimensions de la tumeur, le chirurgien, consentant à se rendre aux sollicitations du malade, n'en pouvait employer de meilleur que celui qui a été recommandé par M. Verneuil, et si même le deuxième temps de ce procédé eût pu être exécuté, l'hémorrhagie grave qui s'est montrée pendant l'opération eût été probablement évitée.

Enfin l'opéré a présenté, vers le 12e jour, des signes d'empoisonnement par l'acide phénique; les urines sont devenues foncées et il y eut de la diarrhée. La résorption de l'acide phénique doit être attribuée à ce que des compresses phéniquées étaient appliquées directement sur la plaie et que des injections phéniquées avaient été faites dans les parties anfractueuses.

Du reste l'intoxication fut des plus légères et disparut rapidement dès qu'on eut cessé l'emploi de l'acide phénique.

Cet accident est rare ; M. Gross l'a observé une seconde fois chez un jeune homme de 17 ans qui avait subi l'amputation de la cuisse. Le lendemain de l'opération il présenta de la prostration, du collapsus avec tendance aux syncopes, des vomissements ; la température était tombée à 34°,8; ces phénomènes durèrent environ 24 heures. Les urines avaient la couleur verdâtre caractéristique.

Enfin je rappellerai que la tumeur enlevée par M. Gross était

creusée d'une vaste cavité renfermant un liquide sanguinolent. Ces collections séro-sanguines sont fréquentes dans l'épaisseur des sarcomes, mais rarement elles acquièrent un volume aussi considérable. Elles peuvent donner lieu parfois à de grandes difficultés et même à des erreurs de diagnostic.

En terminant, je rappellerai que M. Gross est candidat au titre de membre correspondant national. Je propose à la Société d'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante communication et de renvoyer son travail au comité de publication.

Discussion.

M. Farabeuf. Je ne veux faire de remarque que sur deux petits points. Le premier est celui-ci : les anatomistes disent avec raison que la bifurcation de l'artère fémorale se fait à 4 ou 5 centimètres de l'arcade crurale. Mais les chirurgiens doivent considérer que cette bifurcation a lieu plus haut, à un travers de doigt au-dessous de l'arcade fémorale; à ce niveau l'artère est superficielle.

Je tiens le second point de M. Denonvilliers. Pour être bien sûr de lier l'artère fémorale primitive, Denonvilliers disait qu'on devait avoir sous les yeux un cordon brillant et nacré.

M. Verneuil. Lorsqu'on lie l'artère fémorale à la partie supérieure de la cuisse, on ne doit pas avoir de sang dans la dissection des lambeaux qui la recouvrent. Or M. Gross a noté qu'il avait rencontré de nombreuses veines qui avaient fourni pas mal de sang. Cette circonstance aurait dû appeler son attention et lui faire craindre qu'il n'eût pas lié le bon vaisseau.

M. Nicaise. Les remarques de mes collègues sont très justes, mais le cas de M. Gross est exceptionnel, l'artère se bifurquait sous l'arcade de Fallope. M. Gross a lié le vaisseau superficiel. Quant à l'hémorrhagie qui s'est produite au cours de la ligature, il faut se souvenir qu'il existait une grosse tumeur et que, par suite, il s'était produit un développement considérable de vaisseaux anormaux dans la région.

Rapport.

M. Després fait un rapport verbal sur un travail de M. le Dr Pilate, d'Orléans, sur la *valeur du chlorate de potasse dans le traitement des cancroïdes.*

L'auteur a joint aux observations de M. Bergeron, qui a fait, il y a plus de 25 ans, un mémoire sur ce sujet, 8 observations per-

sonnelles et les observations publiées depuis. Sur les 8 observations, il y a 3 demi-succès et 5 succès, et encore le dernier cas a été suivi de récidives.

Je ne crois pas être en désaccord avec mes collègues en disant que les cancroïdes vrais ne peuvent être guéris par le chlorate de potasse en topique ou à l'intérieur, à moins d'erreur de diagnostic. Il y a en effet certaines ulcérations du visage intermédiaires entre le lupus et le cancroïde qui sont susceptibles de guérir avec une cautérisation et un topique quelconque, mais ce ne sont point des cancroïdes.

Le rapporteur propose des remerciements à l'auteur, et le dépôt du mémoire aux archives.

Discussion.

M. Terrier. Pendant mon séjour à Bicêtre et encore aujourd'hui à la Salpêtrière, j'ai rencontré assez fréquemment des ulcérations de la face de nature cancroïdale. J'ai essayé l'emploi du chlorate de potasse, et voici les résultats que j'ai obtenus dans trois cas qui sont présents à mon esprit. Un vieillard de Bicêtre portait à la partie supérieure de la joue une ulcération que je tenais pour être un cancroïde. Je le pansai pendant 1 mois 1/2 avec de la poudre et une solution concentrée de chlorate de potasse. L'ulcération se cicatrisa, et je pus le croire guéri; mais il revint après un certain temps avec une récidive, et je recommençai le même traitement. Je quittai l'hôpital et l'ai perdu de vue.

A la Salpêtrière j'ai employé le même moyen sur deux femmes âgées portant des ulcérations suspectes sur la racine du nez. L'une a guéri; mais, sur l'autre, le moyen a été insuffisant. Je me trouve de l'avis de M. Desprès; on ne peut fonder quelque espoir sur la guérison que dans les ulcérations consécutives à ces tumeurs spéciales que M. Verneuil nous a fait connaître; mais, dans le vrai cancroïde, la guérison, l'amélioration même ne sont pas obtenues par les solutions concentrées de chlorate de potasse.

M. Le Fort. Le diagnostic de certaines ulcérations de la face est entouré parfois de très grandes difficultés. On s'y trompe, et je puis, à cet égard, vous citer un fait instructif. Il y a quelques années, il se présenta à ma consultation un malade portant au grand angle de l'œil une ulcération empiétant sur la racine du nez. Elle était très suspecte; mais comme elle était entourée d'une zone inflammatoire assez accusée, je conseillai, avant toute autre chose, l'application d'émollients pour faire cesser l'inflammation.

Or il est arrivé que de simples cataplasmes ont amené la gué-

rison de toute l'ulcération, et cette guérison s'est maintenue depuis, c'est-à-dire pendant 4 ou 5 ans.

M. Verneuil. Je me suis occupé de la question des ulcérations de la face, et je puis avancer que le chlorate de potasse n'a d'action curative que sur les ulcérations qui relèvent de la variété de tumeurs que j'ai décrites, les adénomes sudoripares. Les papillomes de la face ou des muqueuses ne sont nullement guéris. Or, à la face on ne rencontre que les ulcérations provenant de l'adénome sébacé, de l'adénome sudoripare ou du cancroïde. L'adénome sébacé y est extrêmement rare. Sur ces ulcérations différentes, dont le diagnostic se peut faire d'ailleurs, le chlorate de potasse n'a d'action efficace que sur celles de l'adénome sudoripare; elle est nulle sur les ulcérations sébacées, sur celles du vrai cancroïde, et elle est encore inefficace pour les ulcérations de l'adénome sudoripare ayant subi la transformation en épithélioma.

M. Lucas-Championnière. Je crois que la confusion entre le vrai et le faux cancroïde est plus facile à faire que le pense M. Verneuil. En voici une preuve. J'ai eu à soigner un cancroïde très étendu des paupières, qui était inopérable d'ailleurs. Je le pansai avec une solution concentrée de chlorate de potasse; ce fut sans effet. Mais à la même époque je voyais un second cancroïde en tous points comparable au premier. En six semaines, les pansements au chlorate de potasse avaient amené la guérison de l'ulcération. Il y a donc des cas d'incertitude dans le diagnostic, et il est heureux de voir des chirurgiens comme M. Pilate se livrer à cette étude et chercher à éclairer ces difficultés.

M. Guyon. Il existe un certain nombre d'ulcérations de la face ayant un aspect cancroïdal et pourtant parfaitement susceptibles de guérison. En voici un exemple. J'ai soigné un malade portant une ulcération au niveau du sac lacrymal et ayant déjà envahi les paupières. Le cas me paraissait être un cancroïde, et je le croyais d'autant plus que toutes sortes de pansements, à l'exception du chlorate de potasse, avaient échoué. J'eus alors la pensée de le traiter par la greffe épidermique, et, à ma satisfaction, la guérison a été obtenue.

Il existe donc des ulcérations faciales pouvant guérir spontanément ou sous l'influence de moyens divers, comme le prouve l'exemple précédent.

M. Perrin. Je partage l'opinion de la plupart de mes collègues. Le diagnostic des ulcérations de la face est quelquefois très difficile. Cela tient à ce que ces ulcérations sont susceptibles de trans-

formations. En voici un exemple remarquable. Un vieillard de 60 ans portait sur les ailes du nez une ulcération ayant pour point de départ l'altération des glandes sébacées. Je le traitai par l'acide acétique et j'obtins la guérison de l'ulcération et la disparition de toute induration. Dix ans s'étaient écoulés et je croyais à une guérison confirmée, lorsque, cette année, il est venu me trouver et me montrer un cancroïde bien net du grand angle de l'œil. J'ai dû lui conseiller l'extirpation du globe de l'œil. Il n'a pas consenti à l'opération. Ainsi, atteint autrefois d'une affection bénigne, il a aujourd'hui un cancroïde bien avéré; je n'hésite pas à voir dans cet exemple une de ces transformations qu'on a déjà observées et qui rendent le diagnostic fort incertain.

M. Desprès. Pour ce qui est du diagnostic, qui a été porté dans les observations connues jusqu'ici, je dirai, pour éclairer mes collègues, que sur 51 observations, 48 ont été recueillies par des médecins, qui ne voient pas autant que nous de cancers et des cancroïdes. Le fait de M. Perrin est très propre à éclairer, puisque la récidive s'est fait attendre, mais elle est néanmoins venue, et il serait bon que nous pussions savoir ce que sont devenus les 51 malades dont il a été question. Aujourd'hui, le diagnostic anatomique du cancroïde est à peu près arrêté ; il faut que l'on sache bien que le cancroïde, qui tôt ou tard se généralise, ne guérit pas par les topiques.

A propos du cancroïde sébacé, je ferai remarquer qu'il est plus fréquent qu'on ne le pense. Tous les petits cancroïdes à bords sont recouverts d'une croûte qui, formant comme une petite corne, sont des cancroïdes de ce genre. Les livres classiques d'auteurs mentionnent que sous les cornes il y a le plus souvent un cancroïde.

Présentation de malade.

Bec de lièvre avec saillie de l'os incisif.

M. Léon Le Fort. Le jeune malade que j'ai l'honneur de vous présenter était atteint d'un bec de lièvre double avec fissure palatine et saillie de l'os incisif. Le lobule médian de la lèvre était attaché à la pointe du nez. Cette photographie pourra vous donner une idée de l'aspect du malade. Ainsi que je l'ai déjà fait, il y a deux ans, dans un cas semblable, mais chez un très jeune enfant, j'ai pratiqué l'opération en deux temps, par la méthode de M. Franco, mais avec une modification qui m'a donné deux fois d'excellents résultats. Voici en quoi elle consiste :

Lorsqu'on se borne à enlever l'os incisif et la muqueuse nasale qui le recouvre, on a assez fréquemment des hémorrhagies ; de plus, le lambeau cutané médian avec lequel on forme la sous-cloison, ne se trouvant rattaché que par sa pointe à la base du nez, reste souvent libre en forme de pont à sa partie moyenne. Pour éviter ces inconvénients, voici comment je procède : j'incise la muqueuse nasale, recouvrant l'os incisif, au niveau de la gencive. Avec une rugine je la décolle du vomer sous-jacent jusqu'au niveau du point où je me propose de sectionner l'os. Ceci me donne déjà moins de chance d'hémorrhagie ; soulevant alors ces deux petits lambeaux de muqueuse, j'insinue au-dessous une pince de Liston et j'enlève l'os incisif en sectionnant assez haut le vomer. Ceci fait, j'avise sur les côtés le lambeau médian cutané placé au bout du nez, je le recourbe en arrière pour former la sous-cloison et sur cette sous-cloison nouvelle, dont les bords avivés sont saignants, je ramène mes deux petits lambeaux de muqueuse détachés de la partie du vomer que j'ai enlevée, et je les fixe par des points de suture aux parties avivées du lobule devenu sous-cloison. Cette sous-cloison est ainsi solidement fixée dans toute son étendue. Là s'arrête la première opération.

Dans la seconde, faite quelque temps après, j'ai mobilisé les parties latérales des lèvres par une incision contournant chaque aile du nez et j'ai réuni par une double suture : l'une profonde, arrêtée à ses extrémités par des fils de galli ; l'autre superficielle est faite à la manière ordinaire.

Ce résultat, comme vous pouvez le voir, est des plus satisfaisants. Je n'ai pas cru devoir toucher à la voûte palatine et au voile du palais. Un dentiste fort habile, M. le Dr Gaillard, a construit un appareil prothétique qui remplace les dents enlevées avec l'os incisif, soutient ainsi la lèvre et bouche la fissure palatine. Cet appareil porte en arrière une luette aplatie artificielle. Son application modifie notablement la voix de l'enfant ; avec des exercices patiemment poursuivis, on peut espérer une modification tout à fait satisfaisante de la voix nasonnée particulière aux lésions du voile et de la voûte du palais.

Présentation de pièce.

Coxalgie suppurée suraiguë, mort après quatre jours avec lésions septicémiques du péricarde et du cœur.

M. Léon Le Fort. La pièce anatomique que j'ai l'honneur de vous présenter a été recueillie par moi dans les circonstances suivantes :

Le 24 décembre, un jeune enfant de 14 ans, habituellement d'une bonne santé, n'ayant jamais éprouvé d'accidents du côté de la hanche, se heurta la cuisse gauche avec un sceau rempli d'eau qu'il portait. Pour écarter ce qui ne fut qu'un choc très léger, l'enfant fit un mouvement brusque pour éviter la jambe gauche et il éprouva au même moment une douleur extrêmement vive dans l'aine correspondante. Il s'arrêta, puis, après quelques instants, il essaya de faire quelques pas ; mais la douleur fut telle, qu'il ne put marcher, et cette douleur ne cessant d'augmenter, l'enfant fut apporté à l'hôpital.

Le lendemain 25, à la visite du matin, on me dit que le petit malade a eu du délire pendant la nuit. Son facies est encore altéré, les traits sont tirés, la peau est chaude, la langue sèche, la fièvre vive, pouls 125, temp. 39°. Le malade est dans le décubitus dorsal; la cuisse gauche, légèrement fléchie sur le bassin, peut être étendue, mais au prix de vives douleurs. Même au repos, toute la région de la hanche est douloureuse ; la douleur s'exagère à la pression, surtout sur le grand trochanter ; elle est moindre dans tout le reste de la cuisse ; mais dans l'aine, le plus léger contact de la main provoque, de la part du malade, des cris aigus. Pas de déformation du membre, pas d'empatement des parties molles, aucun signe de suppuration profonde. Je soupçonne une ostéo-périostite phlegmonaire aiguë aux environs de l'épiphyse fémorale supérieure ; mais, en l'absence d'indications thérapeutiques précises, je me borne à l'application de larges cataplasmes. Le soir, temp. 40°2.

Le 26, au matin, j'apprends que l'agitation a éte très grande pendant la nuit et le délire continuel ; la langue est sèche, les dents sont fuligineuses, la soif est vive, l'aspect général du malade ressemble à celui qu'on rencontre dans la fièvre typhoïde ou certaines formes du rhumatisme articulaire aigu. Rien n'est changé du côté de la hanche et de la cuisse, si ce n'est que les saillies musculaires sont effacées et que le membre, dont le volume n'est pas augmenté, est uniformément arrondi, comme il le serait chez une jeune fille ; les membres de la cuisse me paraissaient déjà parésiés. *Temp. le matin* 38° 7, *le soir*, 40°.

Le 27, l'état est le même, l'exploration attentive de la région rochantérienne ne me laisse rien constater d'anormal ou qui puisse justifier mon intervention projetée, de mettre le grand trochanter à nu pour le trépaner. *Temp.* 38°,9 et 39°,9.

Le 28, les symptômes généraux vont en s'aggravant, le délire est continuel. *Temp.* 39° et le soir, 40°,1.

Mort le 29 décembre au matin.

Autopsie. — La diaphyse fémorale est absolument saine. L'ar-

ticulation de la hanche gauche renferme une notable quantité de pus épais, foncé en couleur.

Le cartilage de la tête est intact, mais en un point, la surface osseuse du col est dénudée sur une étendue de 6 à 7 millimètres carrés, l'os semble un peu ramolli à ce niveau (le fémur a été scié depuis la présentation de la tête, il n'y avait aucune infiltration du tissu osseux sous-jacent).

Le ligament rond, aminci, jaunâtre, recouvert de suppuration paraît friable. Auprès de son insertion, l'os dépouillé de son cartilage, qui a disparu sans laisser de trace, est à nu, dans une étendue de 6 à 7 millimètres et dans un point qui répond à la partie altérée du col. Pas de perforation de la cavité cotyloïde. Du côté du bassin, l'os iliaque paraît sain, cependant le péritoine qui tapisse la fosse iliaque est fortement vascularisé.

Rien dans la plèvre et dans le poumon gauche. A droite, rien au poumon, mais quelques adhérences pleurales au sommet.

Le péricarde est distendu par un épanchement considérable. Les deux feuillets de la séreuse sont tapissés de fausses membranes molles, surtout sur le feuillet cardiaque, qui a pris un aspect tomerteux. L'épanchement est formé par de la sérosité trouble, jaunâtre, comme si elle était en voie de transformation purulente.

Au niveau des valvules sigmoïdes de l'aorte, un peu de rougeur par imbibition. Les colonnes charnues présentent de nombreux points jaunâtres sous-jacents à l'endocarde, entourés d'un petit cercle de couleur brunâtre. En incisant quelques-unes de ces saillies, on en fait sourdre une gouttelette de pus.

Cette observation m'a paru digne de vous être présentée. Elle est un exemple remarquable de coxalgie suraiguë à point de départ du côté des os. Bien que la coxalgie osseuse ait en général un début insidieux, il est difficile de croire à une lésion préexistante à l'accident, puisque l'enfant n'avait éprouvé du côté du membre ni gêne, ni douleur. Cinq jours auraient donc suffi pour amener les lésions constatées à l'autopsie. Il est à peine utile de faire remarquer qu'aucun traitement actif ne pouvait être employé, rien n'aurait autorisé l'incision franche de l'articulation et moins encore sa résection.

La cause de la mort est cette altération si remarquable du péricarde et de l'endocarde. Nous trouvons dans cette observation les caractères d'une septicémie suraiguë et l'on pourrait demander à ceux qui font intervenir partout les germes, par où ces germes auraient pénétré dans l'articulation de la hanche. Il est impossible de nier l'*intériorité* de la cause septicémique.

Comité secret.

A cinq heures, M. le président invite la société à se former en comité secret pour entendre la lecture des rapports sur les prix à décerner.

Proclamation des prix.

M. le secrétaire général proclame les lauréats des prix décernés par la Société de chirurgie. Ce sont :

1° Prix Duval (100 francs de livres), M. Golay.

2° Prix Gerdy, biennal de la valeur de 2022 francs, M. Jeannel.

3° Prix Laborie, de la valeur de 1000 francs, M. Ancelot.

4° Prix Demarquay. Un encouragement de 500 francs a été accordé à M. Yvert.

Le secrétaire annuel,

Polaillon.

Séance annuelle du 14 janvier 1880

Présidence de M. Tarnier.

Monsieur le président Tarnier prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Il y a un an, en prenant possession du fauteuil de la présidence, où vos suffrages m'avaient élevé, j'exprimais l'espoir que les séances de la Société de chirurgie continueraient à briller du même éclat que par le passé. Cet espoir n'a pas été déçu, et je suis heureux de constater que jamais l'activité scientifique de notre Société n'a été plus grande, ni plus fructueuse qu'aujourd'hui.

Je n'ai pas à faire le résumé de vos travaux ; c'est une tâche qui incombe à notre secrétaire annuel ; permettez-moi cependant de vous signaler une discussion de longue haleine sur les *pansements antiseptiques*. Grâce à ces pansements, que vous employez presque tous, un immense progrès a été réalisé, et les chirurgiens font actuellement avec sécurité des opérations qu'on n'entreprenait autrefois qu'en désespérant presque du succès. Ce n'est donc pas sans un profond étonnement, qu'en lisant un article consacré à une étude sur la chirurgie et publié dernièrement par un de nos confrères dans l'un des grands journaux politiques de Paris, j'ai trouvé un passage dans lequel il est dit que les conditions hygiéniques de nos hôpitaux sont tellement défavorables, que les opérés

y meurent dans la proportion de 50 0/0, en moyenne ; que l'aération, la ventilation et les désinfectants restent impuissants contre un état de choses aussi déplorable.

Vous protesterez avec moi contre une pareille assertion, qui assurément ne se serait pas produite, si l'auteur de l'article en question avait feuilleté nos bulletins qui sont pour ainsi dire l'écho des succès et des revers des opérations faites dans nos hôpitaux ; il y aurait vu que la guérison des opérés est aujourd'hui la règle. Je n'en citerai qu'un seul exemple emprunté au discours que notre collègue, M. Perrin a prononcé en faisant le résumé de la discussion sur les pansements antiseptiques. Avec ces pansements, sur 75 opérations prises uniquement parmi les plus graves et ayant intéressé en même temps les parties molles et le squelette, on compte 62 guérisons et 13 morts. La mortalité n'a donc été, en moyenne, que de 17, 3 0/0, pour les opérations les plus graves de la chirurgie. Quant aux opérations de moindre importance, sans en excepter l'amputation du sein, la guérison est presque constante, et les revers doivent être considérés comme de véritables exceptions. Voilà la vérité ! L'erreur consiste à dire que la mortalité moyenne de tous les opérés est de 50 0/0, et cette erreur est si grave qu'elle méritait d'être relevée.

L'année qui vient de finir a fait parmi nous de nombreux vides ; nous avons perdu huit de nos collègues : deux associés étrangers, Lebert (de Breslau) et Stromeyer (du Hanôvre) ; deux correspondants étrangers, Callender (de Londres) et Symvoulides (de Saint-Pétersbourg) ; trois correspondants nationaux, Jules Roux, ancien inspecteur général de la marine, Vallet d'Orléans et Lejeal de Valenciennes. Tous étaient à des titres divers, de vaillants champions de la science ; leurs travaux sont considérables, aussi leurs noms figurent avec honneur dans nos bulletins, et leur mort laisse parmi nous des regrets unanimes.

A cette liste funèbre déjà beaucoup trop longue, vient s'ajouter le nom de l'un de nos membres honoraires, celui de Chassagnac, dont la mort nous atteint plus directement, car elle frappe au cœur la chirurgie française.

Chassagnac a été l'un des membres les plus actifs de notre Société dont il avait été le président en 1857. Sa vie entière a été un modèle de labeur incessant et de modestie. Mais ses travaux et son nom sont impérissables, et l'homme auquel on doit le *Traité de la suppuration*, les pansements par occlusion, précurseurs du pansement ouaté, le drainage chirurgical et l'écraseur linéaire, doit être considéré à bon droit comme un grand chirurgien. Vous entendrez certainement quelque jour son éloge et ce sera justice, mais aujourd'hui je suis sûr d'être votre interprète en disant que sa mort a

jeté le deuil dans la grande famille chirurgicale, et que rien ne saurait amoindrir la vivacité et l'étendue de nos regrets.

Uno avulso, non deficit alter. Telle est la devise que doit prendre une société savante qui veut rester vivace. Vous avez donc nommé deux associés étrangers, MM. Lister (de Londres) et Deroubaix (de Bruxelles) ; trois correspondants étrangers, MM. Tilanus (d'Amsterdam), Saboïa (de Rio-Janeiro) et Rose (de Zurich) ; trois correspondants nationaux, MM. Gross (de Nancy), Daniel Mollière (de Lyon) et Hue (de Rouen). Les nombreux et importants travaux de ces chirurgiens, leur grande notoriété, et même pour quelques-uns d'entre eux la célébrité, ont dicté vos suffrages, et leur nomination a été une œuvre d'équité.

Dans le courant de l'année, deux de nos collègues, MM. Houel et Paulet ont été nommés membres honoraires. Deux places de membre titulaire devenaient ainsi vacantes ; vos suffrages ont appelé M. Terrillon, auquel je suis heureux de souhaiter la bienvenue, à occuper l'une d'elles ; l'autre est déclarée vacante ; la commission chargée de faire un rapport sur les titres des candidats est nommée et vous aurez bientôt à procéder à l'élection d'un nouveau membre titulaire.

Vous avez eu aussi à élire les membres de votre bureau. Par son titre de vice-président, sa haute situation chirurgicale, l'aménité de son caractère, la certitude qu'avec lui votre règlement sera tenu d'une main puissante, M. Tillaux rendait toute compétition impossible ; vous l'avez donc nommé président, et je suis heureux de l'avoir pour successeur.

Notre collègue M. de Saint-Germain s'est à notre grand regret, presque à notre étonnement, démis de ses fonctions de secrétaire général, dont il s'acquittait à la satisfaction de tous, depuis trois ans. Cette démission vous a paru un peu hâtive, et vous ne l'avez acceptée qu'à titre d'exception, car la durée habituelle de cette fonction doit être de cinq ans. Mais, vous n'avez pas gardé rancune à M. de Saint-Germain, qui compte parmi nous autant d'amis que de collègues, et vous l'avez nommé vice-président.

Un secrétaire général est pour ainsi dire l'âme de toute société savante : on attend de lui qu'il déploie beaucoup d'ordre et d'activité. Vous êtes sûrs de trouver toutes ces qualités réunies dans la personne de M. Horteloup qui a été élu secrétaire général, pour cinq ans, ainsi que le veut le règlement.

Nos bulletins pour l'année 1879 forment un beau volume de plus de mille pages, dans lequel notre secrétaire annuel M. Lannelongue aidé par M. Polaillon, a reproduit avec une grande clarté et une fidélité non moins grande, tous nos travaux, toutes nos discussions. Un pareil résultat ne pouvait être obtenu qu'au prix d'un travail

considérable ; aussi, au moment où M. Lannelongue va cesser ses fonctions de secrétaire annuel, vous tiendrez avec moi à le remercier publiquement.

Pour l'année 1880, la rédaction des procès-verbaux de nos séances est confiée à M. Polaillon nommé premier secrétaire annuel, et à M. Le Dentu nommé deuxième secrétaire annuel.

Je viens de vous dire que nos bulletins pour l'année 1879 forment un volume de plus de mille pages, ce qui prouve, je pourrais presque dire surabondamment, que nos séances sont mieux remplies que jamais. Mais toute médaille a son revers, et la publication de ce volume nous a entraînés dans des dépenses considérables, auxquelles nous sommes, il est vrai, en mesure de faire face, mais il nous serait impossible d'augmenter encore l'étendue de nos bulletins ; sans quoi, l'équilibre de notre budget serait rompu et nous retomberions dans les difficultés pécuniaires qui ont entravé la marche de la Société de chirurgie pendant les premières années de son existence.

Le surcroît de nos dépenses d'imprimerie tient à ce que nous avons publié *in-extenso* des mémoires dont le résumé seul avait été lu à la tribune par nos collègues, et tous les travaux qui nous avaient été communiqués par nos correspondants nationaux, alors même que leur longueur était considérable et qu'ils contenaient de nombreuses observations. Cet état de choses pouvait dégénérer en abus, et pour y remédier vous avez décidé, dans un Comité secret tenu après notre dernière séance, qu'à l'avenir votre comité de publication redoublerait de vigilance et ferait quelques suppressions dans les mémoires qu'il serait possible d'écourter sans nuire à l'importance du travail. Mais cette mesure restrictive n'a pas d'autre but que celui de sauvegarder nos finances, et autant que possible nous continuerons, comme par le passé, à publier *in-extenso* tous les mémoires qui nous seront communiqués par nos correspondants nationaux.

De ce qui précède il résulte que nos dépenses s'accroissent de jour en jour et que nos archives s'enrichissent de plus en plus. Heureusement pour nous le zèle de notre trésorier et de notre archiviste est infatigable ; aussi vous avez décidé par acclamation que M. Berger continuerait ses fonctions de trésorier et M. Terrier celles d'archiviste.

Dans quelques instants vous entendrez M. de Saint-Germain lire l'éloge de Dolbeau et proclamer les noms des lauréats auxquels la Société de chirurgie a décerné les prix dont elle dispose. Ces prix dont la fondation a été inaugurée en 1854 par un homme de bien, sont aujourd'hui au nombre de quatre : Le prix René Duval, d'une valeur de 100 francs ; le prix Laborie, d'une valeur de 1,000

francs; le prix Gerdy, d'une valeur de 2,022 fr. 20 c.; le prix Demarquay, d'une valeur de 642 fr. 40 c. Les deux premiers sont annuels; les deux derniers sont biennaux. Au milieu des dix concurrents dont vous avez eu à apprécier les travaux, vous avez surtout remarqué celui qui avait traité la question suivante : *Histoire des doctrines relatives à la pyohémie ou infection purulente.* Il semble que les questions qui demandent des recherches historiques sont accueillies avec faveur et qu'elles engendrent des travaux remarquables. Vous ne l'oublierez probablement pas lorsque vous aurez à nommer prochainement la commission chargée de proposer les questions qui devront être traitées par les concurrents futurs des prix Gerdy et Demarquay.

Dans notre prochaine séance, M. Tillaux me succédera comme président. Me voici donc bientôt arrivé, Messieurs et très chers collègues, au terme du mandat honorifique que vous m'avez confié. Grâce à votre activité scientifique, notre Société est plus prospère que jamais; grâce à votre bienveillance, j'ai pu diriger vos séances sans secousses, sans aucun conflit. Recevez donc tous mes remercîments, car en descendant du fauteuil de la présidence, je n'emporterai que des sentiments de vive reconnaissance, et ces sentiments me suivront dans toute ma carrière.

Compte rendu des travaux de la Société, pendant l'année 1879, *par* M. Lannelongue, *secrétaire annuel.*

Messieurs,

Vous avez voulu, qu'en ce moment, il vous fut fait un exposé général de vos travaux. C'est le signe que votre secrétaire annuel a terminé sa tâche, et il tient à vous dire qu'elle lui a été très simplifiée par l'empressement que vous avez mis à la lui rendre facile. Il vous en remercie.

En ce jour, où vous prenez un instant de repos, vous faites comme le voyageur au milieu de sa route; vous vous retournez en arrière et vous voulez savoir quel est le chemin parcouru, non pas pour apprécier celui qu'il vous reste à faire, car la route est indéfiniment longue; mais pour mieux vous reconnaître et pour savoir ce que vous avez fait, comment vous l'avez fait, de quel côté enfin vous devez diriger vos travaux.

Cette année, de grandes discussions se sont élevées dans le sein de la Société de chirurgie, leur retentissement nous a amené parfois un public que notre insuffisant local ne parvenait pas à contenir; leur importance m'oblige à vous les rappeler tout d'abord.

La première en date, d'ailleurs la plus considérable, est née de la lecture du mémoire de M. Perrin, sur la valeur comparative du

pansement de Lister et du pansement alcoolique. Mais ce travail, aussi remarquable qu'original, n'a fourni que le prétexte; il était évident, que depuis quelques années, la question des pansements préoccupait en la passionnant, l'attention des chirurgiens. Une voie nouvelle, reposant sur des principes scientifiques d'une méthode rigoureuse, venait d'engendrer de nouveaux procédés qui tendaient à accomplir en chirurgie un véritable mouvement révolutionnaire. Tout y était nouveau : les principes et leur application. Après avoir longtemps expérimenté, le moment était venu de livrer vos appréciations.

Je n'ai pas l'intention de faire revivre devant vous cette grande discussion, qui a désormais marqué sa place dans vos annales, et porté ses fruits hors de cette enceinte. Mais il est de mon devoir d'en rappeler les points culminants, et d'en établir les principaux termes.

Partisan convaincu des doctrines de M. Pasteur, M. Perrin, commence par établir la nécessité de deux éléments primordiaux dans toute altération putride : le germe et un terrain bien disposé, approprié à la culture. Or, le Lister poursuit le germe, mais il néglige le terrain. Ce n'est pas tout : déjà Tyndall et M. Pasteur, avaient reconnu que les germes atmosphériques, sous leur état corpusculaire, échappent à la plupart des causes de destruction. Par des expériences multipliées, M. Perrin vint à son tour établir devant vous, que les pulvérisations phéniquées n'exercent aucune influence sur les germes de l'atmosphère, ni sur les phénomènes de putréfaction qui en sont la conséquence. Comme on devait s'y attendre, cette déclaration engageait la discussion. M. Perrin rencontra des défenseurs et des adversaires, et chez presque tous ses collègues, les deux à la fois. Parmi les premiers, M. Théophile Anger vint apporter le contingent de son expérience personnelle et déclarer ses convictions : pour lui, l'alcool est le meilleur antiseptique.

Avec sa loyauté et sa courtoisie ordinaires, M. Verneuil vint aussi déclarer que le pansement à l'alcool avait été un grand progrès; mais ce progrès est aujourd'hui dépassé. Ce que M. Verneuil tenait surtout à rétablir dans tous ses droits, c'est la méthode antiseptique, dont il est depuis longues années, l'un des défenseurs les plus actifs et les plus autorisés. M. Perrin avait paru restreindre cette méthode au pansement de Lister; M. Verneuil en élargit le cadre et lui accorde de nombreux procédés. Cela est nécessaire parce qu'en effet un même procédé ne saurait être appliqué partout et toujours; tel excelle dans un cas qui devient détestable dans l'autre. M. Verneuil professe l'éclectisme en fait de pansemenet.

Bien qu'il ne l'ait pas dit dans la discussion, M. Trélat est peut-être plus éclectique encore que M. Verneuil ; il ne croit pas qu'on doive se rendre tributaire d'une méthode, pas même de la méthode antiseptique. Pour juger de la supériorité d'un pansement, on doit surtout considérer la manière dont se comportent les plaies, la marche du processus organique pendant leur cure ; à ce point de vue, l'alcool, l'acide phénique, divers objets du Lister, sont d'excellents moyens qui constituent la nouveauté actuelle et la supériorité des procédés modernes.

Ce sont des considérations du même ordre, dont l'importance nous paraît dans l'espèce, devoir primer les autres, qui ont conduit M. Guyon à adopter le pansement de Lister et à renoncer à l'alcool dont il faisait exclusivement usage depuis longues années. Par le Lister, M. Guyon évite certaines complications locales fâcheuses et il obtient souvent ce résultat qu'il n'osait pas chercher à Paris, l'idéal de la chirurgie réparatrice : la réunion immédiate.

C'est sur ce dernier point qu'a insisté M. Farabeuf, dans son discours, pour montrer la supériorité du pansement de Lister. En ouvrant une voie aux liquides de la plaie, et en la fermant à l'air atmosphérique, le Lister autorise la recherche d'une réunion immédiate, et il donne une réunion rapide sinon totalement immédiate. Telle est aussi l'opinion de M. Trélat.

M. Panas est venu à son tour vous apporter son contingent d'expérience personnelle sur le nouveau pansement, dont il a fait l'essai avec toute la conscience que vous lui connaissez. Quatre arthrotomies suivies de succès, quatorze amputations du sein guéries sans complication, des abcès froids ouverts sans accidents, etc. ; sont à juste titre des résultats suffisants pour qualifier de grand progrès, la nouvelle méthode. Une chirurgie qui permet des entreprises aussi considérables, que celle de l'ouverture d'une grande articulation en donnant toutes les garanties, est bien faite pour mériter cet éloge. M. Panas d'ailleurs, a pris soin de faire remarquer que le mérite du pansement de Lister, s'efface dans les plaies en suppuration, contaminées par les linges ou par des liquides impurs.

Avec M. Le Dentu et surtout avec M. Le Fort, le cadre de la discussion s'élargit. La corrélation entre la septicémie et les pansements est tellement étroite, que l'une ne peut rester dans l'ombre, quand l'autre question est agitée.

Pour M. Le Dentu, les méthodes de Lister et d'A. Guérin sont nées de l'idée qui place dans la plaie un foyer d'infection toujours prêt à élaborer un poison septique. Il existe pourtant une autre source d'infection dans la muqueuse pulmonaire; aussi notre col-

lègue tire-t-il ce corollaire : il n'y a pas et il n'y aura pas probablement jamais, de pansement capable de fermer toutes les portes aux agents septiques. Néanmoins, les conclusions sont tout à fait favorables à la méthode antiseptique : « Je n'oserais pas entre« prendre, dit M. Le Dentu, une opération grave ou de moyenne « importance sans le Lister ou le Guérin. »

Les croyances de M. Le Fort, sur le poison septique et la septicémie peuvent se résumer en quelques propositions : le poison septique n'est pas toujours identique à lui-même ;. s'il y a une septicémie de cause extérieure, il en est d'autres à coup sûr de cause intérieure, qui ne relèvent que de la constitution, de l'intensité du traumatisme ou d'impressions morales plus ou moins vives. Rien ne prouve que les germes soient des agents actifs de la septicémie aiguë ; mais une théorie fausse peut engendrer une excellente pratique. Le pansement de Lister a mis hors de doute l'utilité du lavage des plaies récentes avec une solution fortement astringente et même caustique. Une expérimentation prolongée a conduit M. Le Fort à admettre que l'alcool pur est excellent pour cela et qu'il est meilleur encore si on le mélange à une solution concentrée de sulfate de zinc.

Comme on devait s'y attendre, M. Lucas-Championnière, le représentant, que dis-je, l'apôtre du maître, passé maître lui-même, dans l'application du procédé de Lister, a été l'adversaire le plus résolu et le plus ardent de toute opinion pouvant porter atteinte à la doctrine nouvelle. Notre collègue a passé en revue tous les arguments, les prenant corps à corps et les serrant de près. M. Perrin avait prétendu que l'acide phénique n'agit pas sur le terrain, M. Lucas-Championnière proteste. Le terrain est préparé tout d'abord, et puis les germes sont détruits. Ne le seraient-ils pas, comme cela semblerait résulter des expériences de M. Perrin, peu importe, le pansement de Lister survivra tout entier. Comment ne survivrait-il pas, ce pansement qui, donnant la meilleure statistique, expose moins que tout autre aux complications fâcheuses des plaies. Il peut se résumer en deux mots : pas de suppuration, pas d'accidents.

C'est aussi et surtout à M. Desprès, que s'adresse l'argumentation de M. Lucas-Championnière ; c'est qu'en effet, M. Desprès était intervenu dans la discussion en y apportant la pénétration de l'esprit si profondément critique, que vous connaissez si bien. Très respectueux de la tradition et des préceptes qu'il tient de ses maîtres, M. Desprès s'en sert pour combattre les doctrines nouvelles ; que ce soit la doctrine septicémique, que ce soit la réunion immédiate, que ce soit les phénomènes inhérents à la cicatrisation des plaies, M. Desprès argumente toutes ces choses et démontre qu'elles ne

sont pas mieux obtenues par les procédés nouveaux. Il est ainsi conduit à dire que le pansement physiologique des plaies, est le pansement quelconque qui assure une humidité constante et maintient les lèvres de la plaie dans une immobilité absolue; c'est pour cela que le vieux pansement, et quelquefois le pansement par occlusion, sont restés ceux qui obtiennent les préférences de M. Desprès.

La discussion était terminée ; M. Perrin qui l'avait inaugurée, la résumait dans un discours lumineux, où il pouvait alors faire ressortir plus à l'aise, les avantages de l'alcool employé en solution et sous forme d'irrigation continue.

C'est de cette manière que M. Sée en avait préconisé l'emploi, il y a déjà longtemps, et il l'applique encore à certains traumatismes spéciaux, les écrasements des doigts et de la main, par exemple.

Comme complément de vos travaux sur la méthode antiseptique, je dois signaler ici un travail de M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant. Ce mémoire résume une série de statistiques étrangères, auxquelles il a ajouté la sienne et celles qui vous appartiennent en particulier. La méthode de Lister donne ce résultat bien digne de fixer l'attention ; 52 réunions primitives sur 116 amputations des membres.

Une seconde discussion, sur un sujet beaucoup plus restreint a succédé à la précédente. Deux cas de résection de l'extrémité inférieure du tibia, communiqués par M. Pamard, en ont été le point de départ. M. Pamard avait mis sous vos yeux les pièces anatomiques, il s'agissait d'éclairer l'origine des lésions. Le débat s'engagea sur les périostites dites diffuses et l'ostéomyélite. Déjà au commencement de l'année, M. Tillaux avait appelé l'attention sur ce sujet, et MM. Marjolin, Th. Anger, Guéniot, avaient répondu à son appel. La lice était ouverte de nouveau. Oubliant pour quelques instants, les devoirs que lui imposaient ses fonctions, votre secrétaire crut devoir y entrer ; il soutenait la cause de l'ostéomyélite et se croyant fermement dans la vérité, il vous exprima ses convictions, cherchant à les faire prévaloir.

M. Trélat soutint la même opinion, mais avec plus d'autorité et en y ajoutant le charme et la séduction de sa parole.

Au contraire, M. Berger déploya tous ses efforts pour distinguer la périostite et les abcès qui s'y rattachent, de l'ostéomyélite et de ses conséquences. Il vous donna la relation d'une observation probante, au moins en apparence, puis, invoquant des arguments tirés de l'examen des lésions anatomiques, il chercha à créer des variétés cliniques dont les types correspondaient à ces lésions. Envisageant enfin la question à un point de vue doctrinal, il puisa dans

l'anatomie normale et du développement, dans la physiologie et dans l'expérimentation, des preuves à l'appui de son dire.

Ce ne fut pas sans réserve que M. Verneuil accepta les distinctions cliniques de M. Berger ; mais à son tour, M. Verneuil faisait à la clinique un appel pressant pour différencier les variétés d'ostéomyélites centrales, juxta-épiphysaires, interstitielles, etc.

Pour M. Tillaux la périostite phlegmoneuse existe indépendamment de l'ostéomyélite, et notre collègue est convaincu que la clinique doit fournir des caractères différentiels.

Telle n'est pas l'opinion de M. Desprès qui ne voit là qu'une même affection, une ostéomyélite juxta-épiphysaire avec des modalités de terminaison différentes.

M. Le Fort fait aussi une large part à l'ostéomyélite et trouvant même le mot insuffisant, pour caractériser parfois l'étendue des désordres de l'os, il vous a proposé le nom d'ostéomyélite phlegmoneuse diffuse. Mais pour un certain nombre de faits, la lésion ne dépasse pas la surface de l'os, elle reste sous le périoste; elle exclut par suite l'idée de la trépanation. M. Le Fort vous a communiqué deux observations qui lui paraissent appartenir à cette dernière catégorie.

Enfin, M. Marjolin est venu vous apporter le contingent de sa longue expérience et vous dire la fréquence des affections du périoste et des os chez les jeunes sujets. Il vous a montré comment la périostite se complique souvent de nécrose et même d'arthrite, enfin il a fait ressortir la gravité de l'ostéomyélite et l'impuissance où l'on est souvent d'empêcher la terminaison fatale.

L'ostéomyélite n'a pas seule rempli le cadre de vos travaux sur les affections osseuses, et je signale tout de suite, un remarquable rapport de M. Périer, sur un volumineux mémoire de M. Demons, intitulé : de la périostite phlegmoneuse des maxillaires, consécutive à la carie dentaire. — M. Demons avait dit : « j'aurai surtout en vue la recherche des causes : et l'on verra comment une maladie bénigne, la carie dentaire, peut amener des accidents graves et même une mort rapide ». C'était porter une accusation grave contre la carie dentaire. M. Périer, dans son rapport, a démontré que la carie dentaire ne peut agir en dehors de la dent, qu'en déterminant une périostite alvéolaire. Cette périostite à causes multiples, peut à son tour se propager et provoquer des inflammations plus diffuses, parmi lesquelles se trouve la périostite phlegmoneuse. Ce dernier point a été bien développé par M. Magitot, dans la discussion qui s'en est suivie.

Mentionnons ensuite, un exemple curieux d'exostose ostéogénique, communiqué par M. Védrènes. Notre collègue a fait suivre

ce fait de remarques judicieuses sur les diverses espèces d'exostoses, en même temps qu'il développait ce cas particulier.

Sur le même sujet, M. Le Dentu nous a lu un intéressant mémoire, relatif au traitement des douleurs de certaines exostoses, par la myotomie sous-cutanée. Après avoir mis en relief cette particularité que les douleurs sont souvent provoquées par la contracture musculaire, M. Le Dentu remplit l'indication opératoire. Son observation est concluante, du jour au lendemain, les douleurs ont cessé.

Vous avez reçu un mémoire posthume sur les abcès des os ; je ne vous en parlerai pas, ce mémoire appartient à l'œuvre de Chassagnac, œuvre d'un labeur poursuivi avec persévérance, jusqu'à sa dernière heure.

Les affections articulaires et surtout leur thérapeutique, ont maintes fois fixé votre attention ; ce fut d'abord à l'occasion d'un bruit pouvant faire croire à une rupture du col du fémur chez un malade à qui M. Sée réduisait une ankylose de la hanche. Le bruit perçu fut si intense et si éclatant, que les assistants pensèrent à une fracture du col ; convaincu du contraire, M. Sée, parvint à le démontrer à son auditoire, qui bientôt partagea sa conviction. La relation de ce fait souleva une discussion utile, où MM. Després, Tillaux, Verneuil, Le Dentu vous firent connaître de nouveaux exemples, dans lesquels ils avaient réduit les mêmes ankyloses, soit par fracture, soit par rupture d'adhérences.

Quelques exemples de luxation rare vous ont été présentés ; c'est d'abord une luxation périnéo-tibiale supérieure, par M. Robert. M. Tillaux dans son rapport, vous a donné la véritable théorie du mécanisme de sa production. C'est ensuite une autre rareté : une luxation ovalaire ancienne, datant de deux mois, que M. Després a eu la bonne fortune de réduire par le procédé des tractions directes. Enfin M. Després vous a proposé comme méthode de traitement des luxations anciennes de l'épaule irréductibles, la fracture du col de l'humérus. Malgré les bonnes raisons que notre collègue a données, et le bon exemple d'un malade, qu'il a mis sous vos yeux, il n'a pu convertir MM. Duplay et Terrier.

M. Le Fort vous a présenté un beau résultat de résection du fémur dans la coxalgie, et M. Nicaise vous a livré un rapport sur une résection sous-périostée de l'omoplate et de la tête de l'humérus pratiquée, par M. Ch. Brigam de San-Francisco. En recherchant quelques uns des faits comparables, M. Nicaise a bien fait pressentir la différence de gravité entre les résections pour carie et nécrose, et celles par tumeurs et dégénérescence de l'os. M. Brigham avait respecté le périoste et les attaches musculaires ; aussi e malade a-t-il conservé des mouvements assez étendus.

Mais le mémoire le plus important sur les résections, est celui de M. Poinsot, membre correspondant. La résection du genou dans l'ankylose angulaire avait été frappée en France, d'un ostracisme presque général; c'est sa cause que vient plaider notre collègue en montrant d'abord, la gravité de la méthode du redressement dans les ankyloses osseuses, dans celles ayant succédé a une arthrite suppurée, dans celles qui ont récidivé plusieurs fois après redressement. La mortalité n'atteint que 8.90 0/0 dans la méthode qu'il protège.

On vous a fait connaître deux nouveaux traitements des tumeurs blanches : l'un vous a été proposé par M. Suchard, il consiste dans un pansement médicamenteux, de compression et d'immobilisation. « Toutes les tumeurs blanches suppurées ou non, « que j'ai soignées depuis trois ans, à l'aide de cette méthode « combinée à la cure minérale, ont guéri sans exception. » Cette proposition hasardée de M. Suchard, demandait au moins un contrôle. M. de Saint-Germain, lui a fourni de la meilleure grâce l'occasion d'essais. Or, il s'est trouvé que M. Suchard avait trop hâté sa communication. Malgré toute sa bienveillance M. Sée et vous-mêmes, avez constaté que les petits malades étaient améliorés, sans doute, mais non guéris.

Un second mode de traitement présentant d'autres garanties, nous a été communiqué par M. Le Fort. Il ne s'adresse qu'aux arthrites fongueuses ; il consiste à injecter une solution modificatrice en plein tissu fongueux. M. Le Fort a expérimenté un mélange d'alcool et d'acide phénique, et il a obtenu un heureux résultat, chez un homme que vous avez vu et à qui il pensait réséquer le genou.

Je ne saurais quitter la région du genou, sans rappeler les rapports de MM. Farabeuf et Terrillon, sur le genu valgum. Vous avez écouté avec intérêt, le récit qu'ils contiennent, les expériences cadavériques faites en vue d'étudier le mécanisme du redressement, et vous avez cru devoir mettre à l'ordre du jour, pour 1880, la discussion de cette question, pleine d'actualité.

Les travaux concernant les anévrysmes, les hémorrhagies artérielles, l'hémostase, les tumeurs vasculaires, occupent une certaine place dans vos bulletins et mémoires pour 1879. C'est d'abord une observation de M. Delens, d'anévrysme de l'artère carotide primitive gauche, à son origine. La ligature de l'artère au-dessus du muscle omo-hyoïdien, n'a pas enrayé la marche progressive de la tumeur. C'est ensuite un cas d'anévrysme fémoral faux consécutif, communiqué par M. Berger : le fait est doublement intéressant, la tumeur paraissant se rattacher à une branche de la

fémorale et la guérison ayant été obtenue, par l'emploi de la glace, qui n'a certainement pas toujours donné de pareils succès.

L'aveu d'une erreur commise honore toujours celui qui le fait ; c'est un exemple utile à donner, après qu'on l'a reçu soi-même. Chez un malade atteint de fracture de cuisse, M. Tillaux découvrit au seizième jour une tumeur inflammatoire dans la fesse, qui, pour toutes sortes de bonnes raisons, ne devait être qu'un abcès: c'était un anévrysme de l'artère ischiatique, que M. Tillaux traita et guérit par la forcipressure de M. Verneuil. Se rattachant au même sujet, se trouve une observation d'embolie cardiaque, par M. Polaillon; à propos de ce fait, M. Tillaux a rappelé la distinction que l'on peut faire en clinique des embolies cardiaques et des embolies pulmonaires.

M. Desprès vous a montré un exemple de tumeur érectile veineuse, compliquée d'anévrysme artério-veineux. Par la ligature des deux artères linguales, notre collègue parvint à modifier l'état artério-veineux, sans résultat sur les dilatations veineuses. Une discussion relative aux meilleurs procédés de ligature de l'artère linguale et à l'influence que cette ligature exerce sur les tumeurs de la langue s'éleva, et MM. Anger, Le Dentu, Farabeuf, Terrier, y prirent part. — Enfin, M. Trélat vous a lu un substantiel rapport sur l'angiome douloureux, qui est le titre du mémoire que vous avait envoyé M. Monod ; il contient la preuve que les douleurs apparaissant dans un point limité d'une tumeur, sont dues à l'altération des nerfs en ce point. — La ligature de la carotide primitive, a été faite par M. Hémard, chirurgien militaire, pur arrêter une hémorrhagie très menaçante, provoquée par l'avulsion d'une dent. — Chargé de faire le rapport, M. Farabeuf fit quelques réserves sur cette pratique un peu audacieuse, et puis, pourquoi le choix de la carotide primitive, plutôt que de l'externe ? — La discussion, soutenue par MM. Tillaux, Verneuil et Desprès, fut très décisive dans le même sens ; elle fournit en outre à M. Magitot l'occasion de nous indiquer un moyen efficace contre les hémorrhagies dentaires, et à M. Verneuil, celle de rappeler l'influence des plus heureuses du sulfate du quinine sur ces hémorrhagies.

Le nom de M. Magitot, m'oblige à vous parler d'un de vos plus importants mémoires de cette année, qui est de lui. Il a pour titre : *De la greffe chirurgicale dans ses applications à la thérapeutique de l'appareil dentaire*. Prenant la physionomie la plus large de la question, notre collègue fait d'abord une classification des greffes dentaires, puis il montre l'intérêt majeur qui s'attache à la greffe par restitution. Il en précise alors les indications, qui reposent sur le diagnostic d'une lésion spéciale de l'extrémité radiculaire des dents, la périostite chronique du sommet ; réséquer ce sommet,

c'est supprimer une cause de toutes sortes d'accidents; greffer la dent ainsi restaurée, c'est rendre à la mâchoire un de ses organes essentiels.

Les travaux qui me restent à analyser, m'obligent à ne faire qu'une énumération des moins importantes. Sur les lésions des nerfs périphériques, je trouve: une observation de tétanos traité par élongation du nerf médian, due à M. Louis Thomas; un rapport de M. Cruveiller, sur un sarcome kystique du nerf sciatique, enlevé par M. Marchand; un travail de M. Chalot, intitulé: *Lésions des nerfs produites par les fragments osseux dans les fractures;* enfin, un rapport de M. Farabeuf sur un cas de blessure incomplète du nerf médian, dû à M. Richelot. Deux communications relèvent du même sujet : celle de M. Duplay, qui reconnaît une origine nerveuse, une névrite, à un accident des moignons d'amputés qu'il a observés, l'eczéma; celle de M. Nepveu, sur les ulcères de jambe dans la paralysie atrophique de l'enfance. L'analyse qu'a faite M. Nicaise de ce dernier travail montre qu'ici l'action du système nerveux n'est pas décisive.

Je dois également me borner à une simple mention des notes de MM. Morel, médecin de la marine, et Millet de Nanteuil, sur l'onyxis ulcéreux de la Guyane et le charbon chez l'homme. Un compte rendu en a été fait par MM. Sée et Nicaise.

On vous a donné connaissance de quelques cas de tumeurs rares: M. Bœckel vous a adressé un goître rétro-pharyngien, unique dans son genre. M. Le Dentu vous a communiqué un kyste dermoïde congénital à contenu huileux, qui a fourni l'occasion d'éclairer la pathogénie de ces kystes. Enfin M. Martinet de Sainte-Foy vous a envoyé une observation de tumeur salivaire consécutive à l'extirpation d'un enchodrome de la parotide. Sur ce dernier fait, M. Verneuil a édifié une théorie nouvelle de la formation de certaines fistules salivaires, théorie indiscutable, reposant sur un mécanisme physiologique plein d'intérêt, qui contient, peut-être, l'avenir de nouvelles méthodes opératoires.

Le dernier mot n'est pas encore dit sur la thérapeutique des polypes naso-pharyngiens; on en trouve la preuve dans la relation d'un nouveau procédé, donné par M. Boeckel. L'incision transversale du voile du palais supplantera-t-elle l'incision médiane ordinaire, j'en doute; mais c'est une ressource de plus et d'ailleurs le vent ne souffle-t-il pas du côté des méthodes de douceur sur cette question. C'est ce qui semble résulter des communications de MM. Verneuil, Duplay, Trélat, Th. Anger et Rochard, au nom de M. Barthélemi, de Toulon. Substituant la méthode des caustiques, appliqués directement ou en injections interstitielles, comme l'a fait M. Duplay, aux vastes opérations préliminaires con-

sidérées comme le prélude indispensable de toute extirpation, vos collègues ont pu engager le combat chirurgical sur ce nouveau terrain et remporter de brillants succès. Rappelons toutefois l'opinion de M. Verneuil sur certaines formes de polypes, contre lesquels les méthodes de douceur ne peuvent rien et qu'on ne peut atteindre que par de larges opérations préliminaires.

Avant de vous parler de vos travaux sur les maladies des yeux, permettez-moi de placer le curieux exemple de coryza caséeux dont vous a entretenu M. Périer. — Vous vous souvenez de la malade, atteinte de tubercules de l'iris, que vous présenta M. Parinaud. Vous avez tous donné le même conseil, tous vous avez été unanimes sur l'urgence d'énucléer le globe de l'œil. Pourquoi n'y a-t-il pas eu le même accord sur un point de doctrine que fit ressortir M. Verneuil, et qui contredisait certaines propositions formulées par M. Anger?

Un rapport magistral a été lu à votre tribune, par M. Giraud-Teulon, sur la nouvelle opération dite névrotomie optico-ciliaire, que MM. Dianoux et Abadie cherchent à substituer à l'énucléation, dans les affections d'ordre sympathique. Argumentant les faits et leurs raisons physiologiques, avec cette méthode rigoureuse, qui émane d'un esprit scientifique, M. Giraud-Teulon est à la fois conduit à faire de la critique et de la louange. Les faits ne sont ni assez nombreux, ni assez longtemps observés, pour qu'on puisse en induire la supériorité de l'opération nouvelle sur l'énucléation. D'autre part, on ne saurait trop encourager les tentatives des chercheurs qui nous ont fait part de leurs travaux. Ces sages réserves ont été mises en lumière, dans la discussion sur ce sujet, qui a été soutenue par MM. Terrier, Maurice Perrin, Verneuil et Trélat.

Les affections des organes génito-urinaires de l'homme ont fourni cette année un contingent moins considérable. On trouvera cependant dans vos bulletins, un exemple de kyste uniloculaire de la prostate, dû à M. Le Dentu; deux observations de restauration de l'urèthre au périnée, par M. Notta, de Lisieux ; le récit très bien fait, par M. Horteloup, d'un cas d'uréthrotomie externe, et enfin un nouveau traitement de l'hydrocèle, par M. Guyon, qui a très heureusement substitué l'emploi d'un simple entonnoir aux seringues dont on se servait d'habitude.

Ce même ordre d'affection chez la femme, a été l'objet d'études plus importantes; l'inversion utérine en particulier a retenu plusieurs fois votre attention. A peine aviez-vous terminé la discussion sur la communication de M. Chauvel à ce sujet, que notre collègue M. Cazin vous envoyait une observation nouvelle et que M. Guéniot vous lisait un excellent rapport sur le mémoire de

M. Jude Hue. Vous avez trouvé ce dernier travail digne de figurer dans vos bulletins, à côté des commentaires de M. Guéniot. Pourtant, il y manquait quelque chose : la certitude de l'existence d'une inversion totale de l'utérus ; ce fut M. Forget qui se chargea du soin de la démonstration, en mettant sous vos yeux de magnifiques dessins que vos bulletins ont reproduits.

Le procédé opératoire de M. le professeur Le Fort a inauguré une période nouvelle dans la thérapeutique du prolapsus utérin. Si jusqu'alors on avait tenté la cure sans espoir, aujourd'hui on l'obtient sans exception; les preuves du mérite de ce procédé sont éclatantes ; elles vous ont été maintes fois fournies cette année et je n'ai qu'à citer les noms de MM. Panas, Zancarol, Duplay, Hicquet de Liège et M. Le Fort lui-même.

A propos d'une communication de M. Tillaux sur l'ovariotomie, vous avez abordé la question de savoir s'il est préférable de laisser le pédicule dans la plaie ou de l'abandonner dans l'abdomen. MM. Terrier, Lucas-Championnière, Labbé pensent que la méthode de Lister permet cette réduction; MM. Boinet et Duplay, M. Tillaux lui-même, y mettent quelques réserves.

Sur les accouchements vous avez reçu les travaux suivants : deux courtes notes très originales de M. le Dr Prouff, de Plouescat, intitulées : 1° *Abaissement de la température rectale chez le nouveau-né;* 2° *De l'emploi de la bande d'Esmarck dans les grandes hémorrhagies puerpérales.* M. Cauvy vous a envoyé un mémoire sur la brachiotomie dans la présentation de l'épaule quand la version est contre indiquée. Combien je regrette de ne pouvoir citer les noms de MM. Lizé du Mans, Puy de Gaillac, Maunourry de Chartres, Dézanneaux d'Angers, Hergott de Nancy, dont les intéressantes communications ont souvent alimenté vos discussions.

Quand une découverte en est arrivé à ce point, d'avoir à la fois des partisans et des détracteurs ardents, on peut dire qu'elle a fait la plus grande partie de son chemin : c'est le cas du forceps Tarnier. M. Vasseige a voulu diminuer son mérite, M. Polaillon n'a été que juste, en montrant l'insuffisance des faits de M. Vasseige, pour asseoir un jugement fondé. Quant à votre président, il s'est borné à cette remarque, que l'instrument employé était d'un modèle imparfait.

En ce qui concerne l'appareil digestif, vous avez mis à l'ordre du jour la question de la gastrotomie. Mais avant d'en parler, je dois vous rappeler les travaux suivants sur les hernies : un rapport de M. Anger sur une observation d'étranglement partiel de l'intestin, dû à M. Lemée ; un second rapport de M. Farabeuf sur une invagination double consécutive à un anus contre nature ; et enfin un troisième rapport de M. Berger sur une

gangrène très étendue de l'intestin consécutive à la réduction d'une hernie étranglée.

Plusieurs d'entre vous ont pris part à la discussion sur la gastrotomie ou mieux la laparotomie. L'un, M. Terrier a fourni d'abord un très beau cas de succès, puis il vous a fait un excellent rapport sur un autre succès où l'étranglement interne venait compliquer un kyste ovarique. Dans ce second cas, M. Juliard de Genève fut l'opérateur heureux; il eut à dégager l'intestin, après avoir enlevé le kyste de l'ovaire. Puis, M. Duplay est venu vous montrer les difficultés de la recherche du siège de l'étranglement, mais en même temps il vous a indiqué un excellent point de repaire pour triompher de ces difficultés. Enfin, MM. Polaillon, Verneuil, Nicaise vous ont signalé une autre difficulté; l'issue de l'intestin au cours de l'opération; M. Lucas-Championnière vous a indiqué le moyen d'y parer.

Après avoir fait un exposé magistral de la question, M. Le Fort s'appuie sur des considérations de divers ordres pour légitimer ses tendances, qui le portent à préférer la laparotomie à l'entérotomie. Ce serait aussi la manière de voir de MM. Trélat et Le Dentu, si la précision du diagnostic ne laissait rien à désirer. Toutefois, M. Trélat ne fait des réserves que pour l'invagination proprement dite, car les étranglements par brides, orifices ou torsions, relèvent de la gastrotomie. On peut dire au résumé que vous avez accueilli favorablemeut la laparotomie.

Sous un titre modeste, il vous a été lu par M. Verneuil un des travaux les plus importants qui vous ait occupé cette année. Ce mémoire a pour titre : *Quelques propositions sur l'immobilisation et la mobilisation des articulations malades.*

En réalité, il contient en substance les principes de toute thérapeutique des maladies articulaires. Les règles suivies ne s'appuyaient pas assez dans l'esprit des praticiens, sur une raison très solide ; elles oscillaient entre la crainte de dépasser le but et celle de ne pas l'atteindre, d'aboutir à une ankylose ou de ne pas guérir. Dans une exposition d'une grande clarté, M. Verneuil a mis en lumière les éléments essentiels qui doivent fixer désormais ces règles indécises. Celui qui occupe de beaucoup le premier rang parmi les causes déterminant l'ankylose, est incontestablement l'élément inflammatoire. Pour lutter contre lui, M. Verneuil nous montre quelle ressource puissante se trouve dans l'immobilisation prolongée, ce moyen antiphlogistique par excellence, que l'on charge bien à tort d'accusations imméritées. Elle ne favorise pas l'ankylose, elle atténue les lésions qui pourraient la produire.

Mais ce résultat obtenu et le foyer d'irritation éteint, il importe de rendre à l'articulation tout son jeu, de restaurer les fonctions

articulaires compromises. M. Verneuil confie ce soin à la mobilisation naturelle ou physiologique, aidée ou non du concours d'agents secondaires.

Tel est le fond de la doctrine sur laquelle M. Verneuil a demandé l'opinion de votre jury compétent. Vous avez répondu à cet appel; successivement MM. Duplay, Trélat, Tillaux, Berger, Le Fort, Lucas-Championnière, Desprès, sont venus vous apporter le contingent de leur expérience et leurs sentiments sur ce sujet. Les propositions de M. Verneuil n'ont pas été acceptées par tous sans quelques réserves ; mais ce n'est plus à moi de reproduire les arguments d'un débat encore ouvert. Ce soin revient de droit à mon successeur.

Vous venez de l'entendre, Messieurs, l'importance de vos travaux vous a imposé, malgré tous mes efforts, un long compte rendu. Vous avez fait beaucoup pendant cette année! — Avez-vous assez fait ? — Comme votre historien et comme votre secrétaire, je dis hautement oui. Mais comme votre collègue, il ne m'appartient pas de vous louer, et je vous livre à votre conscience.

Éloge de Dolbeau,

Par M. de Saint-Germain, Secrétaire général.

On trouve au pays de Bohême une singulière et naïve croyance : à l'existence de chacun de nous correspondrait un livre dont les feuillets, noirs ou blancs, représenteraient les jours néfastes ou heureux. Le génie du bien s'efforce d'entremêler ces feuillets, afin qu'un bonheur fasse oublier un malheur et qu'un sourire efface une larme ; mais les esprits du mal, acharnés à notre perte, détruisent son œuvre, et, rassemblant sans interruption les pages noires et les pages blanches, nous plongent dans un abîme de maux pour abattre notre courage, ou nous endorment dans une prospérité sans nuages, afin de nous faire mieux sentir les coups d'une adversité sans bornes.

C'est par le bonheur que commença la vie de Dolbeau, le 2 avril 1830.

Choyé par des parents qui, sans être riches, avaient cependant une modeste aisance, il eut une enfance des plus heureuses, fit des études régulières au collège Saint-Louis, et, jeune encore, vint frapper, sans vocation bien arrêtée, à la porte de la Faculté, confiant dans son étoile et dans sa bonne mine. Sur le seuil il trouva Bérard qui, tout puissant alors, formait avec Orfila et Dubois un triumvirat dont les conseils étaient des ordres et les décisions des arrêts. Bérard fut séduit par ce jeune homme qui pen-

sait juste, parlait peu et riait moins. Il étendit sur lui sa main puissante et cette chaude étreinte ne fut dénouée que par la mort. Assuré de la faveur de ses maîtres, soutenu par les sympathies d'amis alors nombreux et servi par des qualités de concours indiscutables, Dolbeau fournit en dix ans une carrière dont la rapidité vertigineuse a été bien rarement égalée.

Nommé premier externe en 1850, interne en 1851, lauréat des hôpitaux en 1853, aide d'anatomie en 1854, prosecteur en 1857, chirurgien des hôpitaux en 1858, il couronna ces brillants succès par l'agrégation, en 1860. Il avait, à trente ans, conquis tous les grades qui, d'ordinaire, suffisent à l'ambition des plus difficiles.

Des débuts de Dolbeau dans la carrière datent ses travaux sur l'anatomie normale et sur l'anatomie pathologique, que je vous demanderai la permission de passer en revue.

Sans parler de ses recherches sur les vaisseaux du bassin, où il établit que les artères hémorrhoïdales moyennes, au lieu de se distribuer aux parois du rectum, se ramifient dans la prostate chez l'homme et dans le vagin chez la femme, et de ses recherches anatomiques sur les vaisseaux du globe de l'œil, il démontre dans une note sur la structure des organes érectiles de la femme que celle-ci n'a point de renflement vasculaire qu'on puisse assimiler au gland chez l'homme.

Si nous suivons la série de ses travaux sur les mêmes régions, nous le voyons conclure de ses recherches sur l'anatomie chirurgicale du périnée et de la région hypogastrique, qu'on peut ouvrir le col de la vessie au moyen de l'incision médiane et sans intéresser le bulbe de l'urèthre.

A l'occasion d'un rapport sur la torsion congénitale du pénis, Dolbeau établit, d'après plusieurs observations, que le pénis peut présenter une torsion complète sur son axe, que ce vice de forme est congénital, et que cette anomalie n'entraîne aucun trouble fonctionnel notable.

De 1858 à 1860, Dolbeau remplace à l'hôpital Sainte-Eugénie et à l'hôpital de l'Enfant-Jésus les deux chirurgiens titulaires. La tâche était malaisée. Il fallait tenir la place du praticien célèbre qui s'appelait Guersant et de ce maître chéri et vénéré de tous, qui honorait avec tant de conscience le nom illustre de Marjolin, son père.

C'est à cette période qu'il faut faire remonter les travaux de Dolbeau, relatifs à la chirurgie infantile.

C'est ainsi qu'à propos de la situation de l'S iliaque chez le nouveau-né, il conclut d'un nombre considérable d'autopsies que la situation de cette partie de l'intestin n'est pas constante à cet âge. Relativement à *l'ossification des os du tarse comme cause de*

pied-bot. Dolbeau, considérant que cette ossification ne se fait pas simultanément, et surtout qu'elle est indéterminée comme époque, émet l'opinion que certains pieds-bots pourraient bien avoir pour origine un vice dans ce travail physiologique. Enfin, à propos d'une *variété non décrite de spina-bifida*, se basant sur plusieurs observations prises aux Enfants-Assistés, Dolbeau établit qu'outre le spina-bifida classique, consistant dans une fissure du rachis avec intégrité de la peau et des membranes de la moelle, on observe le spina-bifida caractérisé par une double fissure des os et de la peau, les méninges restant intactes et formant une tumeur remplie par du liquide, et le spina-bifida total, solution de continuité très large, symétrique, comprimant la peau, les membranes et les os, au milieu de laquelle est exposée la moelle épinière. *La tumeur lacrymale congénitale* est démontrée sur deux pièces et consiste dans l'imperforation du canal nasal, au niveau de son embouchure. Cette malformation a pour résultat une tumeur lacrymale située au grand angle de l'œil et communiquant avec une autre tumeur existant dans le méat inférieur.

Nommé à l'hôpital du Midi en 1864, Dolbeau est vivement sollicité de rester à ce poste où le succès lui était pour ainsi dire promis. Il refuse cependant et considère ce théâtre comme trop restreint pour ses aptitudes ; il se sent appelé à représenter la grande chirurgie, et, servi par les circonstances, il est appelé en 1865 à remplacer Jobert dans l'enseignement officiel de la clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu de Paris.

L'éloquence, on le sait, n'était pas le côté brillant de Jobert de Lamballe ; et quand, à ces leçons pénibles où, vers la fin surtout, le désordre des idées semblait mettre une triste empreinte, succédèrent des cliniques nettes, claires et précises, le contraste fut saisissant, le succès éclata et prépara pour ainsi dire, s'il ne l'assura pas, l'entrée de Dolbeau à la Faculté.

Les circonstances avaient, du reste, quelque temps auparavant, imprimé aux travaux de Dolbeau une direction particulière.

En 1860, notre collègue avait été chargé de suppléer Civiale dans le service des calculeux à l'hôpital Necker.

Cette année marque une période capitale dans sa vie ; car initié par le maître, en dépit des réticences ombrageuses de son enseignement, aux difficultés de la thérapeutique des voies génito-urinaires, il exécuta bientôt sur cette partie des connaissances chirurgicales une série de travaux.

Pour ne citer que les plus importants, mettons en première ligne son ouvrage sur la pierre dans la vessie.

Dans cet ouvrage, où le diagnostic fait l'objet d'un long chapitre, il démontre que les contractions vésicales existent encore

quand l'anesthésie est obtenue. La lithotritie y est l'objet d'une étude approfondie, mais il la réserve pour les cas où l'opération peut s'exécuter simplement sans machines, la *lithotritie à main*, comme disait Heurteloup.

Étudiant la fièvre urétrale, il classe cet accident dans les phénomènes réflexes. Pour lui, c'est l'irritation due aux manœuvres transmise à la moelle épinière qui réagit sur le rein ; celui-ci cesse de fonctionner, et alors survient l'urémie avec les accidents qui en sont la conséquence.

La taille est longuement étudiée. Les divers procédés comparés entre eux, et l'auteur arrive à conclure que la taille médiane est la meilleure.

La partie capitale du traité est la lithotritie périnéale.

Démontrant que cette idée est fort ancienne, il propose de faire une petite ouverture périnéale, de ponctionner l'urètre en arrière du bulbe, et sans intéresser cet organe, de dilater la plaie ainsi que le col de la vessie, afin de broyer la pierre et de faire l'extraction des nombreux fragments. On évite ainsi, dit-il, sûrement l'hémorrhagie et une cause fréquente d'infection purulente à savoir la section des veines périprostatiques. Il résume ainsi la pratique pour le traitement des calculeux :

La pierre une fois constatée, autant que possible lithotritier, mais sans sortir des limites marquées par la prudence et l'expérience clinique.

La lithotritie n'étant pas possible, faire la lithotritie périnéale, si toutefois la pierre ne mesure pas plus de 5 à 6 centimètres de diamètre.

Quand la pierre est grosse et dure, faire la taille prérectale, mais faciliter l'extraction en morcelant au préalable le calcul avec la tenette casse-pierre. Quand la pierre est énorme et remplit la vessie, s'abstenir. Cet ouvrage fut récompensé par la Faculté en 1863.

Plus tard, revenant sur ce sujet favori, à la suite d'une critique quelque peu acerbe de gens qui ne voient d'un œil favorable que ce qui vient de l'étranger, il déclare ne pas croire à cet âge d'or des calculeux où il n'y aurait que de petits calculs à broyer dans des vessies normales. Il faudra encore, dit-il, traiter de grosses pierres, et c'est dans ce cas qu'au lieu de la taille, qui tue par hémorrhagie et par infection purulente, il propose une méthode qui a l'avantage de faire une plaie toute petite, peu saignante, et d'ouvrir, par refoulement des tissus, une voie préliminaire qu'on utilise pour le broiement de la pierre et l'extraction de ces divers fragments en une séance.

Faisant ensuite une revue humoristique de la lithotritie péri-

néale à l'étranger, il s'étonne à bon droit que, malgré la relation de sir John Cormak, faite en 1869, de son procédé ; malgré les publications faites par le Dr Boggs, dans le *British médical*, de deux belles observations recueillies dans son service, Thompson passe absolument sous silence la lithotritie périnéale et son inventeur. En Amérique, Gouley, de New-York, lui rend, au contraire, amplement justice en déclarant que cette méthode, absolument différente de toutes les autres, a été employée par lui et toujours avec succès.

Les travaux de Dolbeau, relatifs aux voies génito-urinaires, travaux inspirés par la fréquentation de Civiale, qui n'était plus à compter les chirurgiens qu'il attirait autour de lui et dont il voulait faire des lieutenants dans la crainte de se créer des rivaux, lui avaient donné dans le public une grande notoriété, et quand son maître, Nélaton, alla voir, à Chislehurst, l'empereur Napoléon III, souffrant d'un calcul vésical, il déclina l'honneur de l'opérer et recommanda pour le suppléer son élève favori Dolbeau.

Celui-ci fut accepté ; il se préparait à partir pour l'Angleterre, quand une haute influence lui fit préférer Thompson. On sait quel fut le résultat de ces tentatives de lithotritie ; l'autopsie en démontra depuis toute l'inutilité ; et aujourd'hui que la mort et le temps ont apaisé l'ardeur des sympathies et des haines, on se prend à ne point regretter que l'empereur ne soit pas mort de la main d'un Français, et que ce soit au contraire l'Angleterre, cette fois encore fatale au nom de Napoléon, qui ait fourni à son malheureux hôte le chirurgien de la dernière heure.

Après une théorie nouvelle de l'hématocèle rétro-utérine et un curieux mémoire sur la grenouillette sanguine, citons plus spécialement ses mémoires sur les tumeurs cartilagineuses, dont il sut expliquer le mode de développement par un procédé dont l'Allemagne s'est, depuis, approprié la découverte ; son travail remarquable sur l'empyème et son mémoire sur l'épispadias, qui fut l'objet d'une récompense à l'Académie de médecine et à l'Institut.

Représentant des anciennes traditions chirurgicales, comme Denonvilliers, son maître et son ami, sans repousser les progrès de la science moderne, il ne les acceptait qu'après le contrôle d'une longue expérience. Professant pour Nélaton et Denonvilliers le culte que les élèves de Dupuytren avaient voué à cette grande figure chirurgicale, on peut dire que nul n'a mieux que Dolbeau aimé ses maîtres, que nul mieux que lui n'a fait valoir leurs travaux et recommandé leur nom à l'admiration de leurs contemporains.

C'est ainsi qu'en 1875, dans un remarquable mémoire publié dans le *Bulletin de thérapeutique*, Dolbeau, après avoir rendu

justice aux tentatives faites par Pouteau et Dupouy pour substituer les procédés de douceur aux procédés de force dans la réduction des luxations de la cuisse, cite un groupe d'observations à lui personnelles et conclut que toutes les luxations récentes de la cuisse, quelle qu'en soit d'ailleurs la variété, peuvent se réduire par le procédé de Desprès; que le procédé de Desprès, qui appartient à la méthode de douceur, procure des succès, même dans les cas où la méthode de force peut échouer ; que la flexion de la cuisse combinée à la rotation du membre permet de dégager la tête de tous les obstacles qui pourraient la retenir, et en même temps de lui faire parcourir les différents points de la circonférence du cotyle jusqu'à ce qu'elle soit en rapport avec la déchirure capsulaire, seule porte par laquelle elle puisse rentrer.

Dolbeau ajoute que dans tout cela il n'a rien inventé, mais qu'il a cherché à attirer, à l'aide de faits bien observés, l'attention sur une méthode simple, à la portée de tous et dont la valeur a doublé depuis l'emploi du chloroforme. Il espère avoir rendu ainsi hommage à la mémoire de l'un de ses maîtres.

Sans parler des nombreuses communications qu'il fit à la Société de chirurgie ainsi qu'au Bulletin de thérapeutique, citons comme derniers travaux de sa vie, le traitement des ulcères par l'incision circonférentielle et sa description de phlegmasie angioleucitique du membre supérieur, contenue dans la thèse de son élève Chevalet.

Dolbeau fut nommé professeur de la Faculté en 1868. On se souviendra longtemps de cette élection où les amis de Dolbeau remportèrent la victoire de haute lutte, où des professeurs se traînèrent mourant à la Faculté pour y porter leur vote, désireux de donner à Dolbeau cette dernière preuve d'amitié et jaloux surtout de tenir le serment que Berard leur avait fait prêter à son lit de mort.

Dolbeau débuta par un grand succès près des élèves. C'était un beau professeur. D'une taille au-dessus de la moyenne, Dolbeau fixait le regard, et il était impossible à qui l'avait vu seulement une fois de l'oublier.

Certes, aux derniers jours de sa carrière dans cette figure au teint plombé, aux traits fatigués, on eût grand'peine à retrouver le Dolbeau vaillant et superbe de 1858, Je le vis pour la première fois à cette époque et je fus frappé par sa physionomie ; il me sembla que j'avais devant moi quelqu'un et ses traits me sont encore gravés dans la mémoire.

Je vois encore ce front large et légèrement fuyant bien encadré par de longs cheveux bruns, ces longues paupières tombant sur de grands yeux noirs, ce nez hardiment busqué, ce menton saillant des gens tenaces, et surtout cette bouche aux dents blanches et

bien rangées, aux lèvres fines, qui par une mobilité singulière exprimait tour à tour la bienveillance, la réserve ou le sarcasme. Sa tenue était toujours correcte, il était de ces rares privilégiés qui savent porter l'habit : il le savait sans doute ; car il le portait toujours.

Essentiellement autoritaire, il aimait alors à s'entourer d'un groupe nombreux d'élèves qu'il se plaisait à protéger, mais à la condition d'exercer sur eux un empire absolu. Il ne souffrait point la discussion, l'opposition encore moins, et l'on ne pouvait rester l'ami de Dolbeau qu'à la condition d'être son homme lige.

Aussi l'astre vit-il graviter autour de lui de nombreux satellites tant que ceux-ci eurent besoin de la chaleur et de la lumière qu'il leur dispensait largement ; mais le despotisme donne la soif de l'indépendance ; et ses élèves, ses amis même secouèrent les uns après les autres un joug qui leur pesait et que rendait encore plus tyrannique l'esprit ombrageux de notre collègue.

Il appartenait à ce genre de professeurs que l'on pourrait appeler des vulgarisateurs. Il voyait et disait juste. Loin de viser à l'élévation des cours dits de Faculté où le beau idéal consisterait à creuser chaque année un très petit sillon, à en faire une minutieuse étude, et à satisfaire ainsi un groupe restreint d'auditeurs d'élite, de délicats de la science, il élargissait son programme, faisait passer devant les élèves un grand nombre de matières, voulait que son enseignement facilement accessible fût compris par tout le monde ; et je suis sûr que plus d'une fois dans sa chaise magistrale, Dolbeau dut regretter le temps où professeur libre de l'école pratique il faisait devant une masse d'élèves avides d'apprendre, dans des leçons substantielles, serrées et lucides, ce qu'ils ne pouvaient ou ne voulaient point lire dans leurs livres, un cours complet de pathologie externe en quatre ou cinq mois. La dominante de ses facultés enseignantes était la lucidité. Point ou peu d'historique et d'érudition. Peu d'anatomie pathologique, beaucoup de diagnostic et surtout beaucoup de thérapeutique : tel était son programme. Ce modus faciendi blâmé par les uns, approuvé par les autres en ce qui touche les cours officiels de la Faculté, lui avait valu près des élèves un très grand succès ; et il pouvait à bon droit se considérer comme un des professeurs les plus suivis.

Examinateur consciencieux, il interrogeait les élèves avec précision ; ses questions étaient claires et bien posées. Loin de chercher à intimider, il tenait à savoir si l'on savait réellement ; il avait horreur de la phrase et voulait qu'on lui répondît comme il interrogeait : nettement et franchement. S'il se trouvait en présence d'un ignorant, il le refusait sans miséricorde. Il est permis

d'être indulgent, disait-il, souvent pour un examen de théorie pure; mais pour un examen de médecine, c'est autre chose. Recevoir à la légère un médecin ignorant, c'est signer l'arrêt de mort d'une foule d'innoçents qu'on l'autoriserait à soigner.

La personnalité de Dolbeau dans son service à l'hôpital avait également son originalité.

D'une exactitude scrupuleuse, il exigeait des élèves de son service la plus grande ponctualité. A la manière de Velpeau, il faisait chaque matin l'appel nominal de ses internes et de ses externes, voire même des bénévoles et des stagiaires et rayait de la liste les gens irréguliers ou inexacts. Difficile pour les excuses qu'on lui apportait au sujet d'une absence, il était surtout impitoyable pour les petits mensonges familiers aux élèves qui cherchent à se disculper, et si l'on pouvait encore compter sur son indulgence en invoquant un de ces motifs frivoles, que la jeunesse légitime, on était sûr de se voir repousser avec perte si l'on venait à prétexter pour excuser une absence, une affaire de famille ou une indisposition.

Le respect de la douleur physique était chez lui poussé à l'extrême; d'une douceur exemplaire dans l'examen de ses malades, dans l'application de ses appareils et dans les pansements, il exigeait les mêmes soins de ses élèves, et leur faisait sentir durement, brutalement peut-être, quand leur main manquait de légèreté, que le plus sûr moyen pour arriver à un bon diagnostic est de procéder avec une extrême douceur et que la première qualité d'un appareil ou d'un pansement est d'être supporté sans peine. Aussi affectionnait-il les bons panseurs comme il les appelait, et plus d'un interne dut pendant toute une année sa disgrâce à la façon dont il avait, le premier janvier, devant son chef, examiné une fracture ou défait un pansement. D'un soin méticuleux pour ses opérations, il donnait à l'avance la liste exacte des instruments qui lui seraient nécessaires, se les faisait envoyer en double afin de répéter à l'avance sur le cadavre, et ne commençait l'opération qu'après avoir passé une revue minutieuse des instruments, et assigné à chacun de ses aides son poste de combat.

Très résolu, très osé en apparence, Dolbeau se préoccupait longtemps à l'avance d'une opération qu'il jugeait devoir être épineuse; il en causait avec ses intimes, discutait avec eux les incidents fâcheux qui pourraient se présenter, et chose curieuse, il avait besoin d'une sorte d'encouragement, d'entraînement communiqué par eux; bien plus pour qui le connaissait à fond, cette préoccupation, cette inquiétude se manifestaient souvent dans l'exécution même de l'opération qu'il pratiquait. En apparence froid et impassible, il fixait de temps à autre l'aide préféré qui avait sa

confiance, et il avait besoin pour continuer avec toute sa liberté d'esprit de cette approbation tacite, de cet encouragement muet qu'il lisait dans ses yeux. Enfin, détail bizarre chez un chirurgien, il avait horreur du sang.

Chirurgien très élégant, il eût volontiers opéré comme écrivait Buffon. On l'a vu, à la suite d'une opération, revenir à plusieurs reprises sur l'ennui que lui causait une tache sur une de ses manchettes, et faire changer, dans le cours d'une amputation du sein, cinq ou six fois les alèzes, afin de pouvoir, disait-il, voir clair à ce qu'il faisait. On ne trouvait pas en lui le type de ces chirurgiens d'attaque qui, au milieu du sang qui les aveugle, poursuivent néanmoins leur but, et possèdent pour ainsi dire un œil au bout du doigt.

Dolbeau opérait et voulait opérer comme il disait, comme il écrivait : c'est-à-dire clairement. Cette horreur instinctive du sang ne fut pas sans influence sur la nature des travaux de notre collègue, et l'on peut voir, par quelques-unes des innovations qu'il introduisit dans la science, et entre autres choses par la lithotritie périnéale, qu'il eût désiré pratiquer les opérations les plus compliquées sans effusion de sang. La rupture ou la lésion des gros vaisseaux au cours d'une opération le préoccupait par-dessus tout, et on l'a vu, maintes fois, à l'amphithéâtre de Beaujon, s'exercer à arracher, à énucléer des ganglions axillaires sans léser les vaisseaux de la région.

On a accusé notre collègue d'amour exagéré de l'argent. On peut affirmer que cette allégation n'eut jamais rien de fondé. Un nombre considérable d'opérés de Dolbeau pourraient protester contre elle, et, à notre époque surtout où on a reproché à quelques-uns d'ériger en industrie l'art de guérir, on peut dire que Dolbeau apporta toute sa vie, dans la pratique de son art, la plus grande réserve et la plus grande dignité.

Dolbeau avait pour principe de ne jamais recevoir d'argent des artistes et des ministres d'un culte quelconque, soit catholique, soit protestant, soit israélite. Cette règle de conduite fut même un jour la cause d'un débat assez original. Dolbeau avait opéré, à la maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu, un grand-vicaire dont la fortune était considérable. Le malade, une fois guéri, voulut honorer Dolbeau; sa position, disait-il, ne lui permettait pas de recevoir d'aumône. « Il faut pourtant bien que vous l'acceptiez, Monsieur, repartit notre collègue, car j'ai pour principe de ne jamais recevoir d'argent des prêtres, et, si j'en acceptais de vous, ce serait humilier ce pauvre curé de campagne, votre voisin de chambre, qui n'a pas un sou vaillant, et compte bien ne me rien offrir. »

Dolbeau avait surtout en horreur profonde ces transactions louches, ces compromis douteux entre médecins et chirurgiens qui auraient pris, dit-on, depuis quelque temps une certaine extension, et à la faveur desquels, si l'on en croit la rumeur publique, certaines fortunes se seraient élevées au détriment de la considération, ce précieux apanage que notre compagnie a choisi pour devise, *E probitate decus.* Il s'élevait hautement contre de pareilles pratiques, qui déshonorent, disait-il, le corps médical, et, la violence de son caractère aidant, se donnait parfois le plaisir d'exécuter un des membres de ces associations occultes. C'était un soir de concours à l'Hôtel-Dieu; Dolbeau, sortant vers six heures, fut arrêté au passage, sur les marches de l'hôpital, par un homme que sa cravate blanche et son costume sévère désignaient comme un praticien de la ville. Nous nous tenions à distance, et nous pouvions diagnostiquer, à l'air aimable de notre collègue et aux signes d'adhésion qu'il donnait, qu'il s'agissait d'une opération proposée et acceptée; quand tout à coup la scène changea : Dolbeau se redressa furibond, le sourcil froncé : « Tenez, Messieurs, nous cria-t-il en nous appelant du geste, regardez bien cet homme; c'est encore un de ces rabatteurs qui spéculent sur la bourse des malades et sur l'honneur des chirurgiens. » — « Vous vous êtes trompé, Monsieur, ajouta-t-il en s'adressant au confrère confondu, je ne suis pas des vôtres; » et il lui tourna le dos.

Dolbeau est arrivé à son apogée. Il ne lui reste plus rien à envier, si ce n'est peut-être l'Académie, où il n'entrera qu'en 1872 avec 2 voix seulement de majorité sur Voillemier, et voici que déjà son étoile va pâlir et qu'une série de malheurs va battre sa fortune en brèche.

Un jour, Dolbeau s'aperçut que les forces lui manquaient : il était surmené, se fatiguait avec une extrême facilité, et se trouvait dans des conditions mauvaises où toute affection devient grave. Une pleurésie compliquée de gangrène pulmonaire se manifesta. J'ai sous les yeux la relation remarquable qu'a faite de cette longue et douloureuse maladie notre excellent collègue et ami le Dr Millard, et je ne sais ce que l'on doit le plus admirer de la force d'âme et du courage qu'a montrés, à plusieurs reprises durant cette épreuve, notre malheureux collègue, ou de l'habileté et du dévouement de ses médecins. Dès le début, il se sent fortement touché, se confie aux soins de Millard et de Béhier, accepte sans discussion leurs arrêts et se soumet sans hésiter à une première ponction. Cette ponction est sans effet. L'aiguille rencontre le tissu pulmonaire. Dolbeau se met à tousser, rejette presque aussitôt un crachat aéré et sanguinolent : « Voilà le résultat de l'aspirateur, » dit-il, froidement et sans amertume.

Plus tard, quand Nélaton pratiqua une ponction à l'aide d'un gros trocart, il n'entra pas du premier coup dans le foyer, et Dolbeau sentit qu'il fallait comme un second effort pour faire pénétrer l'instrument; quand cet obstacle fut vaincu : « Maître, s'écria-t-il, vous êtes dans la cavité. »

Cet admirable sang-froid se manifesta d'une manière plus étonnante encore quand Nélaton, jugeant l'opération de l'empyémie indispensable, la pratiqua le mercredi 4 mai. Cette opération, faite *in extremis*, eut quelque chose de solennel et de touchant. « Courage, mon ami, dit le vieux maître à notre collègue; mon bistouri a été quelquefois heureux dans des circonstances graves, et je compte bien qu'il ne me trahira pas quand il s'agit de sauver mon élève préféré. » Et l'opération commença. Contre l'attente de Nélaton, le sang jaillit en abondance. « C'est la mammaire externe, murmura Dolbeau. Une pince et du fil ! »

« Après avoir débridé en dehors (c'est Millard qui parle), l'opérateur s'arrêta, et pria Denonvilliers d'introduire à son tour le doigt dans la plaie. Tous deux sentirent le cœur battre sous leur index, de sorte que si Nélaton n'avait pas pris la sage précaution d'explorer les abords de l'orifice avant de débrider en dehors comme en dedans, il aurait pu blesser mortellement l'ami qu'il tenait tant à sauver.»

On connaît la suite de cette intervention miraculeuse. Dolbeau entrait peu de jours après en convalescence et pouvait être transporté à la campagne.

Au mois de septembre 1870, Dolbeau, quoique encore très affaibli, ne voulut pas quitter la capitale investie; il supporta les privations du siège, put reprendre, le 1er décembre, une partie de son service hospitalier, et le 1er février 1871, toutes ses occupations.

Cette opération, dont les résultats immédiats furent si remarquables, ne put cependant conjurer les conséquences désastreuses que la maladie devait déterminer par la suite.

A partir de ce moment en effet, les forces de Dolbeau diminuent et son embonpoint augmente ; son appétit excessif devient de la boulimie ; l'exercice lui est extrêmement pénible ; il essaye en vain, comme ses amis le lui conseillent, d'aller à pied de la rue du Louvre à Beaujon ; il fait une fois ce trajet, mais il arrive épuisé, ne peut faire son service et ne veut plus recommencer. En même temps son caractère s'aigrit, sa vivacité devient de la colère, *Ira furor brevis*, a dit le sage. Cette appréciation n'a rien d'exagéré pour qui se souvient des accès auxquels se livrait Dolbeau pour des causes insignifiantes, fureur aveugle que rien ne pouvait maîtriser, qui ne reculait devant rien, à laquelle on ne pouvait opposer

aucune digue et dont notre malheureux collègue se sentait la première victime. Une fois de sang-froid, il se jurait de ne plus se laisser aller à la colère, et peu d'instants après, il s'irritait de plus belle.

C'est à cette irascibilité incurable qu'il faut attribuer la malheureuse aventure de l'hôpital Beaujon.

La Commune avait vécu. Les troupes régulières occupaient Paris et les fédérés, traqués de toutes parts, tentaient une fuite rendue bien difficile par la minutieuse surveillance dont ils étaient l'objet, ou cherchaient dans une maison amie un refuge qui leur était souvent fermé soit par crainte d'être compromis, soit par haine du passé. Le Parisien délivré ne savait comment faire expier aux fédérés la peur que pendant de longs jours ils lui avaient faite.

Pour plus d'un, en ce moment critique, les hôpitaux représentèrent ces lieux de refuge d'un autre âge où les criminels s'élançaient en criant asile, et où, nourris par les moines, qui n'étaient pas fâchés de jouer ce tour à l'autorité, ils bravaient pendant longtemps la hache ou la corde qui les attendait. Un vengeur de Flourens, un espion de Versailles peut-être, se cachait de la sorte dans le service de Dolbeau. Entré pendant la Commune et jouissant pendant le règne de celle-ci d'une liberté étrange, il s'aperçut, dès le triomphe des troupes de Versailles, que sa présence ne serait pas longtemps supportée; il prit les devants et disparut, non pas de l'hôpital, où il trouva moyen de se cacher, mais du service de Dolbeau dont les idées autoritaires renforcées par le succès de l'ordre ne pouvaient plus longtemps se placer à une tolérance qu'il considérait comme coupable. Il fallait cependant que la pancarte fût signée; on tenta de le faire, et on présenta à notre collègue une feuille sur laquelle le vengeur de Flourens s'était tout d'un coup transformé en chasseur à pied. Dolbeau s'aperçoit du stratagème et demande des explications. On hésite, on balbutie, et au lieu de lui avouer franchement le but que l'on poursuivait à savoir l'élargissement d'un soldat de la Commune, on cherche maladroitement à lui faire perdre sa piste en rejetant successivement sur chacune des autorités de l'hôpital la responsabilité du subterfuge. La colère de Dolbeau, sourde d'abord, éclate bientôt; il veut qu'on lui amène le malade, il le cherche lui-même, et rendu plus furieux encore par l'insuccès de ses recherches, il pénètre dans le cabinet du directeur et demande avec emportement si l'on entend se moquer de lui. Le lieutenant du poste accourt, demande des explications, dirige lui-même les recherches et finit par trouver son homme qu'il dirige sous bonne escorte vers la plus prochaine mairie. Triste victoire que Dolbeau regretta plus d'une fois!

Funeste accès de colère, puisqu'il put faire oublier un moment à notre collègue que pour nous un malade de l'hôpital doit être un hôte et que la personne d'un hôte est sacrée.

Le fait fut aussitôt colporté, travesti, altéré ; et bientôt on représenta partout Dolbeau comme un délateur, comme un pourvoyeur des conseils de guerre. Disons en passant que le héros de cette triste affaire, loin d'être fusillé avait eu la chance de rencontrer, en sortant de Beaujon, le général Vinoy dont il avait été jadis l'ordonnance et qui l'avait fait élargir sur-le-champ.

Quoi qu'il en soit, un immense tolle s'éleva contre Dolbeau. La jeunesse des écoles, aussi généreuse dans ses aspirations qu'aveugle dans ses amitiés et dans ses haines, voulut faire expier au professeur le fatal mouvement de colère du chirurgien. On l'empêcha de faire son cours. Certes, j'ai vu à la Faculté bien des séances houleuses ; mais je ne pense pas qu'il soit possible de rien imaginer de pareil au tumulte qui se produisit ce jour-là ; et là encore, je dois le dire, Dolbeau fit preuve de ce sang-froid imperturbable qui était plutôt chez lui l'effet de la volonté qu'une qualité naturelle. Il avait décidé qu'il ne céderait pas devant l'orage, et il ne céda pas.

Je le vois encore pâle, mais impassible, muet devant le torrent d'injures dont on l'accablait, refusant avec une certaine hauteur les secours que lui proposaient ses collègues, et faisant tête à cette horrible tempête durant une grande heure. Ce courage passif, cette inertie stoïque me frappèrent au plus haut point ; j'admirai la puissance que l'homme, dans ces circonstances, peut exercer sur lui-même et la résistance qu'il est en mesure d'opposer à cette force terrible que l'on appelle la foule. La cabale organisée contre Dolbeau dura quelque temps et l'on s'en émut en haut lieu ; les ordres furent donnés et des mesures de répression furent prises. On ne fit entrer qu'un certain nombre d'étudiants munis de cartes, et il se produisit bientôt ce phénomène qui est constant. Dès qu'on s'aperçut qu'il était difficile d'aller au cours de Dolbeau, tout le monde voulut y entrer. La paix fut faite et le calme se rétablit.

Nous voici arrivés à la dernière période de la vie de Dolbeau.

La terrible maladie qui a failli l'emporter, les souffrances morales que lui a causées la désaffection des élèves ont aigri son caractère et empoisonné sa vie.

Il vit de plus en plus seul ; ses anciens amis lui portent ombrage, il voit partout des rivaux, des ennemis ; se confiant à peine à un petit nombre de fidèles, il ne se livre plus. Une occupation lui est chère cependant ; il a rêvé de satisfaire, dans l'hôtel qu'il se fait

construire, aux idées de luxe et de bien-être qu'il a toujours nourries.

Dans son horreur pour tout ce qui est banal, il se plaît à orner cette demeure de modèles uniques, de tapisseries dont on a brisé les métiers, heureux de pouvoir posséder à lui seul des chefs-d'œuvre inédits; il contemple avec orgueil les chevaux de luxe qui habitent ses écuries; mais bientôt il puise dans ces jouissances même une nouvelle source d'inquiétude et de chagrin. Dolbeau, grâce à sa fortune acquise, a fait face aux dépenses considérables de son installation fastueuse; mais ce n'est pas tout; il rêve de laisser sa famille riche. Il veut gagner beaucoup d'argent; mais pour cela, il faut se fatiguer beaucoup et Dolbeau ne sent plus, comme jadis, ses forces obéir à sa volonté de fer. Elles le trahissent à chaque instant.

Il refuse pourtant toute consolation et ses amis les plus chers qui l'ont entendu plusieurs fois s'écrier lorsqu'il se croyait seul, en se frappant le front : Dieu que je suis malheureux ! sont cependant réduits au silence par la volonté absolue de Dolbeau de cacher son mal et de souffrir seul.

Il ne veut même pas qu'on l'interroge sur sa santé. Il continue, avec un courage héroïque, son cours à la Faculté, son service à l'hôpital, ses opérations en ville, et partout il arrive à donner le change et à dissimuler ses souffrances.

Sa consultation seule dans son cabinet avait éclairé quelques clients ou quelques amis sur l'étendue et la gravité de son mal. On le voyait écouter d'abord avec attention ; puis bientôt son regard devenait vague ; ses yeux se fermaient à demi et il tombait dans un état de somnolence intermédiaire entre le sommeil et la veille qui lui permettait de suivre ce qu'on lui disait, mais lui interdisait de prendre part à l'entretien.

Cet état maladif devait avoir une fin. Un jour, en donnant une consultation, il eut une syncope presque complète.

Il se rendit néanmoins à la Faculté où il fit passer des examens. De là, il se retira dans le vestiaire, souffrant, disait-il, de la tête, et s'assit complètement absorbé. Il resta seul dans cette salle, et ce ne fut que vers six heures qu'il fut transporté chez lui dans un état de dépression extrême. Bientôt il perdit connaissance, une hémiplégie se manifesta et le lendemain Dolbeau mourait sans avoir recouvré l'intelligence. Il avait alors 47 ans, et le 10 mars 1877 vit s'éteindre cette vie si favorisée du sort à ses débuts, si tristement éprouvée à la fin.

J'ai terminé, Messieurs. Au moment de tracer le dernier mot de cet éloge, je me sens pris d'une certaine crainte, et je me demande avec inquiétude si j'ai rempli la mission qui m'était con-

fiée, et si je n'ai pas trop accentué les ombres du portrait de Dolbeau. Certes la louange n'a pas été ma seule préoccupation, Dolbeau ne l'eût pas voulu. J'ai cherché à retracer la vie et le caractère de notre collègue avec ses qualités et ses imperfections ; et j'espère qu'en relisant ces lignes écrites sans passion, sans parti pris, on reconnaîtra que Dolbeau fut un chirurgien; bien plus, chose assez rare à notre époque, où les caractères tendent à s'effacer, où les vertus, comme les vices, semblent taillés sur un modèle uniforme, Dolbeau fut une figure, et suivant l'heureuse expression d'un de ses disciples les plus aimés et les plus fidèles : *ce fut un homme.*

Le Secrétaire,

POLAILLON.

Séance du 21 janvier 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine :

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Bulletins et mémoires de la Société de chirurgie*, les *Annales de gynécologie*, le *Lyon médical*, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, la *Revue médicale de Toulouse*, la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*.

La *Revue scientifique de la France et de l'étranger, The Britisch médical Journal*, le *Journal de médecined'Athènes*, *Central blatt fur chirurgie*, la *Gazette Italienne-Lombarde*.

3° *Un cas d'inversion complète de l'utérus* par le Dr Clifton Wing de Boston, les *Transactions de la Société ophtalmologique américaine*, *nouvelles considérations sur l'ostéotomie dans les incurvations rachitiques des membres*, par le Dr Jules Bœckel.

Contributions à la chirurgie des voies urinaires, par le Dr Guillon père ;

4° Des lettres de remerciments de MM. Jeannel, Gross, Lister, Rose et Daniel Molière;

5° Une lettre de M. le Dr Monod demandant à être inscrit au nombre des candidats à la place de membre titulaire vacante;

6° Une note du Dr Vendrand pour servir à l'*histoire des ampu-*

tations doubles. (Commissaires : MM. Verneuil, Desprès, Guéniot.

7° *Amputation du col de l'utérus*, par le thermocautère, par le Dr Eustache de Lille. (Commissaires MM. Verneuil, Desprès, Guéniot).

8° Une note de M. le Dr Fleury de Clermont, intitulée *Luxation sous conjectivale du cristallin survenue à la suite d'un traumatisme violent ;*

9° L'article *Pied* du nouveau Dictionnaire de médecine et de *chirurgie pratiques*, par M. Dr Delorme, professeur agrégé du Val-de-Grâce;

10° *De l'ostéomyélite chronique ou prolongée*, par M. Lannelongue ;

11° *De l'ostéomyélite aigue pendant la croissance*, par le Dr Lannelongue;

12° *Des coliques spermatiques*, par le Dr Reliquet. *Lithotritie et taille* par le Dr Reliquet.

M. Tarnier, président sortant. Messieurs et chers collègues, me voici arrivé au moment de vous faire mes adieux, comme président. Je vous ait dit, dans notre dernière séance, quels sont les sentiments qui m'animent; je vous exprime de nouveau toute ma reconnaissance.

J'invite M. Tillaux à prendre place au fauteuil de la présidence, MM. Horteloup et Polaillon à remplir respectivement les nouvelles fonctions de secrétaire général et de secrétaire annuel.

M. Tillaux. Messieurs et chers collègues, je tiens à vous remercier de l'honneur insigne que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos importants travaux, et croyez bien que j'en sens vivement le prix.

Comment pourrai-je vous en témoigner ma reconnaissance? D'une seule manière, Messieurs : c'est en mettant à l'accomplissement de la tâche que vous m'avez confiée toute l'activité dont je suis capable et surtout une grande exactitude.

Reprenons donc sans plus tarder le cours de nos travaux ; mais auparavant, Messieurs, je crois répondre au sentiment général en vous proposant d'adresser nos bien sincères remerciements, au bureau sortant, et en particulier à notre cher et bien aimé président, M. Tarnier.

M. le président annonce que M. Amédée Monteils, député de la Lozère, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport par M. Terrillon.

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de MM. Desprès, Th. Anger,

Terrillon, je viens vous rendre compte d'un travail qui vous a été lu par M. Charles Monod, et qui a pour titre :

DE LA CASTRATION DANS L'ECTOPIE INGUINALE DU TESTICULE.

Prenant pour prétexte de son travail une observation fort intéressante de carcinome d'un testicule arrêté dans le trajet inguinal, qu'il a pu observer dans le service de M. le professeur Guyon, M. Monod discute cette question intéressante de la possibilité de la castration dans ce cas particulier. Ensuite il passe en revue, à ce sujet, les opinions des principaux auteurs, et enfin il appuie les conclusions de son travail sur le résumé de 50 observations, qu'il a pu réunir dans les différents auteurs.

Comme cette seconde partie de son travail est inspirée par un Mémoire sur ce sujet, que nous devons faire paraître en commun, vous ne serez pas étonnés de me voir arriver aux mêmes conclusions que M. Monod.

Voici d'abord un résumé de l'observation :

Il s'agit d'un jeune homme fort bien constitué, ayant toutes les apparences de la santé, sans antécédents héréditaires, qui entra dans le service de M. le professeur Guyon, à Necker. Le testicule droit, siège de l'affection, qui l'amène à l'hôpital, est resté arrêté à l'anneau; à aucun moment le malade n'a constaté sa présence dans les bourses. Le testicule gauche occupe la situation normale, il est absolument sain. Le malade nous apprend qu'un de ses frères présente la même infirmité que lui (testicule droit arrêté dans le canal inguinal). A l'âge de quatre ans, il aurait reçu dans une chute, un coup sur le testicule ectopié et aurait gardé le lit pendant un mois, à la suite de cet accident. Rien autre chose à noter du côté de cet organe jusqu'à ces derniers temps.

Il y a deux ans, il contracta une première blennorrhagie qui dura de six semaines à deux mois. Au mois de juillet 1878, nouvelle blennorrhagie, qui traîna en longueur.

L'écoulement durait depuis quatre mois environ, lorsqu'il s'aperçut que le testicule droit augmentait de volume. Pendant, une nouvelle période de quatre mois, l'écoulement persista et le testicule continua à grossir. L'accroissement fut assez rapide ; au mois de février 1879 la tumeur avait déjà le volume d'un gros œuf.

En même temps apparaissaient, se reproduisant par intervalles, des douleurs lancinantes; la marche devenait fatigante. Cependant, la santé générale n'était nullement atteinte.

Les badigeonnages de teinture d'iode, l'iodure de potassium à l'intérieur étaient restés sans effet utile. M. Verneuil, consulté à cette époque parla d'opération, et ce fut avec la pensée de se faire opérer que le malade entra à l'hôpital Necker le 22 mars 1879.

On trouva à ce moment, au-dessus du pli de l'aine et parallèle à ce pli, une grosse tumeur ovoïde, du volume d'un poing d'adulte, dure, très régulière, d'une consistance partout égale. Elle est mobile sur les parties profondes, et l'on peut aisément la déplacer vers le sillon génito-crural.

La peau, intacte, est également mobile sur la tumeur. La pression est modérément douloureuse.

Du côté de la cavité abdominale, la main plongeant profondément derrière la tumeur, ne constate aucune tuméfaction appréciable.

Cette exploration est, du reste, rendue difficile par l'embonpoint du malade.

Le scrotum est absolument vide du côté droit, le testicule gauche est sain.

M. Guyon, avant d'en venir à l'opération, et dans l'hypothèse possible d'une orchite chronique, voulut essayer pendant quelque temps encore d'un traitement antiphlogistique.

Plusieurs vésicatoires sont appliqués successivement sur la tumeur sans amener aucune modification dans l'état local. Mais aucun changement favorable ne s'étant produit, il devint de plus en plus évident qu'il s'agissait bien là d'un sarcocèle. La castration fut proposée et acceptée.

Elle fut pratiquée le 11 mai. Une incision oblique, faite suivant le grand axe de la tumeur, conduit sur une masse ovoïde régulière d'aspect blanchâtre, qui n'est autre que le testicule dégénéré. Le cordon aisément reconnaissable, se continue avec l'angle supéro-périeur et externe de la tumeur. Il présente, à son origine, un renflement dur, du volume d'une grosse noisette, bien distinct de la tumeur principale.

Le cordon est lié en masse, immédiatement au-dessus de cette partie renflée. Une section transversale, faite au-dessous de la ligature, emporte la grosse tumeur et son prolongement. Six ou sept artérioles sont liées au catgut. Les deux lèvres de la plaie sont réunies à l'aide de trois sutures profondes et de huit sutures superficielles. Deux drains sont placés aux deux angles de la plaie. Pansement de Lister.

La guérison fut facile et prompte. La plaie se réunit par première intention, sur presque toute son étendue. Au bout de douze jours, la cicatrisation était presque complète, il ne restait plus qu'un léger suintement séro-purulent, au niveau des orifices des deux plaies.

Le 8 juin, le malade demandait sa sortie. J'ai pu depuis lors, le revoir deux fois, au mois d'août et au mois de septembre de la même année : l'état général était resté excellent, il n'y avait encore aucune trace de récidive locale.

L'examen microscopique de la pièce a été pratiqué au Collège de France par M. Chambard ; il s'agissait bien d'un cancer de la glande, appartenant à la variété de carcinome, distinguée aujourd'hui sous le nom de *carcinome réticulé.*

M. Monod indique ensuite quelle est l'opinion des auteurs classiques.

Lorsqu'on a consulté ceux qui ont discuté l'ablation du testicule arrêté à l'aine, on est frappé de la réserve qu'ils apportent à conseiller cette opération. Curling, par exemple, dans son traité bien connu, M. Le Dentu, dans son excellente thèse, sur les anomalies du testicule, se préoccupent l'un et l'autre des dangers que ferait courir au malade, l'ouverture du péritoine, toujours possible, et pour eux très fréquente. Ils se demandent même s'il ne vaudrait pas mieux s'abstenir, lorsqu'il y a lieu de craindre une aussi malheureuse complication.

Suivre ce précepte à la lettre, serait à renoncer à pratiquer jamais une castration inguinale, car jamais, on ne peut être certain que le sac vaginal, qui enveloppe le testicule ectropié, ne communique pas avec la grande séreuse péritonéale; il y a toujours lieu de craindre pour employer l'expression même de l'auteur que nous citions tout à l'heure, que cette communication existe.

Une toute autre tendance s'est manifestée à l'étranger. On la trouve très nettement exprimée dans un intéressant mémoire d'un chirurgien russe, le Dr Zymanowski (de Kiew), atteint lui-même d'un sarcocèle inguinal, dont il fut opéré par Perogoff, il succombait peu de temps après, à une récidive de son mal. Il avait, on le voit, des raisons spéciales pour examiner la question de près. Or, il arrive à conclure que l'ablation d'un testicule inguinal n'a pas plus de gravité qu'une castration ordinaire, et que dans la discussion des indications de l'opération, on devra, sans s'arrêter aux prétendus dangers, auxquels on exposerait le malade, se comporter comme dans le cas de cancer de testicule descendu dans les bourses.

Nous verrons que malgré son exagération apparente, cette formule n'est pas, autant qu'on pourrait le croire, en contradiction avec l'enseignement de la clinique.

Tout récemment, dans un travail communiqué au congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. le Dr Aubert (de Lyon), s'appuyant sur deux observations personnelles, arrivait à des conclusions à peu près semblables.

Il faut bien reconnaître, du reste, que la majorité des chirurgiens de notre pays ne paraissent pas s'être laissés arrêter par les craintes toutes théoriques dont nous parlions tout à l'heure.

Il est, d'ailleurs, facile de montrer, et c'est le principal objet de cette note, que cette manière de voir est absolument justifiée par le résumé des observations publiées.

Szymanowski avait déjà commencé cette démonstration en réunissant 20 observations de castration pratiquée pour sarcocèle inguinal. M. Monod a pu en recueillir 22 autres, donnant un total de 42, représentant, nous le croyons, du moins, l'ensemble des cas de ce genre, publiés soit en France, soit à l'étranger, depuis la fin du siècle dernier.

Il a annexé à son travail un tableau comprenant toutes ces observations.

On peut, en quelques mots, faire saisir rapidement l'enseignement qui résulte de l'analyse de ces observations au point de vue spécial qui nous occupe.

Une seule fois, en effet, la mort put être manifestement attribuée à une péritonite, due elle-même à l'intervention opératoire. (Obs. de Langenbeck.)

Parfois, cependant, le péritoine fut certainement intéressé dans l'opération. Le fait est constaté dans trois cas, au moins d'une façon indubitable.

La guérison n'en fut pas entravée; mais le plus souvent, la guérison a lieu rapidement sans inconvénients.

Tous les faits précédents se rapportent aux cas de tumeurs du testicule, mais le résultat est plus frappant encore, si l'on joint aux cas dont nous venons de parler ceux où la castration a été pratiquée sur une glande saine ou simplement enflammée. La castration a été pratiquée alors, soit à la suite d'une erreur de diagnostic, soit pour soulager le malade, des douleurs souvent insupportables que provoque un testicule ectopié.

Les observations de cette catégorie sont moins nombreuses que les précédentes; 8 seulement ont été publiées.

Or, il est admis assez généralement que dans ces conditions, l'ablation du testicule est plus périlleuse encore que dans le cas de tumeurs. Dans les 8 observations, il y eut deux fois une péritonite évidente; aucun malade, cependant, ne succomba.

Nous sommes ainsi conduits à constater ce fait clinique, assurément intéressant et tout à fait inattendu, à savoir que sur un total de 50 cas de castrations inguinales, faites dans les circonstances les plus diverses, une seule fois, la mort put être mise au compte des accidents de péritonite qui survinrent.

En présence de ces résultats, on pouvait se demander si la communication entre la séreuse du testicule ectopié et le péritoine, est aussi fréquente que certains auteurs ont paru l'admettre.

Godard et Follin, dans leur mémoire sur les ectopies, ont, il est

vrai, trouvé quelquefois cette communication, mais le plus souvent, elle n'existait pas, ou bien, ils ne l'ont pas notée. Ces renseignements sont donc incomplets.

Il en est de même à propos des observations de castration pratiquées sur le vivant. Cependant, dans 8 observations, on trouve noté d'une façon très nette que le sac vaginal dans lequel le testicule était contenu formait une cavité absolument close.

La rareté des accidents péritonéaux, succédant à cette castration, pourrait être encore une preuve de la non-communication. Mais il est bon d'ajouter que cette innocuité ne doit pas nous étonner grandement. On remarquera, en effet, que l'ouverture d'un sac vaginal en communication avec le péritoine constitue une opération comparable à celle de la hernie étranglée, pratiquée de bonne heure, avant l'apparition de tout phénomène inflammatoire, et l'on sait que la kélotomie faite dans ces conditions, entourée d'ailleurs des précautions usitées en pareil cas, est assez ordinairement suivie de guérison.

On voit en résumé que si, dans la castration inguinale, toute crainte de péritonite ne peut être absolument bannie, cet accident n'est pas tellement fréquent, ni même, tellement redoutable lorsqu'il survient, que l'on doive s'abstenir de cette intervention lorsqu'on la croit utile.

En d'autres termes, le chirurgien, appelé en pareille circonstance, à prendre un parti, se préoccupera moins des dangers et des difficultés de l'opération que de la nature du mal qu'il aura à combattre et des services qu'il pourra rendre à son malade.

Telles sont les conclusions de ce travail intéressant, sur une question qui n'a pas encore été abordée devant la Société.

Discussion.

M. Guyon. Je désire ajouter à l'observation de M. Monod que j'ai vu tout récemment l'opéré dont il est question et qu'il n'a aucune apparence de récidive. Un de ses frères a une ectopie absolument semblable, mais son testicule n'est pas dégénéré.

M. Sée fait remarquer que la ligature en masse du cordon n'a été suivie d'aucun accident, et, en effet, quand on emploie le pansement antiseptique, on n'a pas à craindre l'hémorrhagie consécutive.

Il ajoute que la ligature en masse était indiquée dans ce cas particulier. Si une communication existe avec le péritoine, on peut ouvrir cette séreuse en liant isolément les vaisseaux du cordon. Au contraire, si on lie en masse, on n'est pas exposé à ce danger

et on empêche l'introduction des liquides de la plaie dans le péritoine.

M. Desprès ne partage pas l'avis de M. Sée. Il croit que la ligature isolée des vaisseaux, à mesure qu'on les coupe, est la meilleure méthode. La manière d'opérer de Cheselden est absolument rationnelle. Ayant eu l'occasion d'enlever une grosse tumeur sarcomateuse du testicule, M. Desprès a lié les vaisseaux au fur et à mesure qu'il détachait la tumeur. Il pense que l'on coure le risque de lier un prolongement du péritoine en liant en masse.

M. Le Dentu. J'ai fait, dans ma thèse d'agrégation, quelques réserves à l'opération en raison de la possibilité d'une communication des enveloppes du testicule ectopié avec le péritoine. Aujourd'hui, je ne considère plus la possibilité de cette communication comme une contre-indication à l'opération. Le danger le plus pressant est le cancer du testicule qu'il faut enlever. En admettant que la communication avec le péritoine soit assez fréquente à l'état sain, elle est certainement plus rare dans l'état morbide, parce que des adhérences pathologiques se sont formées. S'il existe un canal péritonéal, il faut prendre en considération la possibilité de lier d'un seul coup les vaisseaux et le canal lui-même. Il y a des cas où l'on est obligé de faire la ligature en masse. J'ai opéré, avec M. Marchand, un testicule dégénéré en ectopie inguinale. Pour en faire l'ablation totale, il a fallu étendre les incisions dans le canal inguinal. La ligature en masse fut pratiquée. Le malade succomba à une pleurésie, mais, à l'autopsie, on ne trouva aucune lésion dans le péritoine.

M. Terrier. Lorsqu'un testicule est retenu dans l'anneau, tous les auteurs s'accordent à dire qu'il existe un prolongement du péritoine qui peut aller jusqu'à envelopper complètement le testicule. Si, dans ces conditions, on a à faire une castration, la cavité péritonéale est fatalement ouverte, qu'on fasse la ligature en masse ou qu'on fasse la ligature isolément. Lorsque les vétérinaires font la castration chez le cheval, dont le testicule communique toujours avec le péritoine, les uns font l'opération à testicule couvert, les autres à testicule découvert. Les premiers incisent les enveloppes du testicule jusqu'à la tunique fibreuse exclusivement, et font à ce moment la ligature en masse par divers moyens; les autres ouvrent l'enveloppe péritonéale avant de faire la ligature. Ces deux manières de procéder ne donnent pas plus de mortalité l'une que l'autre. Le tétanos, que l'on redoute toujours après cette opération, ne survient que dans des conditions spéciales et indéterminées. Il ne paraît y avoir, dans la médecine vétérinaire, aucune

relation entre la production du tétanos et le *modus faciendi* de l'opération.

Dans l'espèce, je préférerai la ligature en masse ; mais j'emploierai la soie phéniquée.

M. Guyon. Je n'ai vu à la ligature en masse d'autre inconvénient que le retard dans la réunion de l'angle supérieur de la plaie jusqu'à la chute du fil à ligature. Je déclare que, depuis que j'exerce, je n'ai jamais fait que la ligature en masse. Sur une vingtaine de castrations, je n'ai jamais eu d'accident. Je n'ai jamais vu le tétanos. Je n'ai jamais perdu qu'un opéré à la suite d'une infection purulente. Je ne partage donc pas l'opinion de M. Desprès. Dans le cas rapporté par M. Monod, il eût été difficile de ne pas faire la ligature en masse.

Je pense qu'il serait très facile d'employer les fils qui s'absorbent dans les tissus, et qu'on aurait ainsi une guérison plus rapide.

M. Desprès. J'ai vu Velpeau faire trois castrations avec ligature en masse du cordon, et deux opérés mourir d'infection purulente. Je fais la ligature séparée pour éviter de lier un cul-de-sac du péritoine. Dans le cas que j'ai cité, j'étais sûr qu'il n'y avait pas de communication, et cependant j'ai pris quelques précautions pour m'en assurer. Après avoir incisé les téguments, j'ai fait tousser le malade, pour voir si le cul-de-sac du péritoine ne viendrait pas faire saillie entre les lèvres de la plaie.

M. Lucas-Championnière. Je conseille la ligature en masse avec le catgut. J'ai fait la ligature en masse dans ces conditions et la suture du tégument par dessus. J'ai obtenu une réunion immédiate.

M. Terrier. M. Desprès nous a dit que dans la pratique de Velpeau il y a eu deux morts par infection purulente. Or, ce n'est pas la question. Il s'agit de savoir s'il y a eu des tétanos par la réunion en masse.

M. Panas. La ligature en masse ou la ligature partielle des éléments du cordon est une question qui partage les chirurgiens. M. Guyon dit qu'il ne fait jamais que la ligature en masse. Quant à moi, je fais toujours la ligature en détail. Nélaton disait que s'il faisait la ligature en détail, ce n'était pas par la crainte d'un tétanos, mais par la crainte d'une hémorrhagie consécutive foudroyante dans des conditions où l'hémostase est difficile. En effet, le cordon se rétracte dans le canal inguinal, et s'il faut obvier à une hémorrhagie, il faut inciser le canal pour aller chercher les vaisseaux

qui donnent. Cette méthode m'a paru très bonne; c'est pourquoi je l'ai adoptée.

M. Houel. J'ai eu l'occasion d'examiner un très grand nombre d'ectopies testiculaires. D'après ce que j'ai vu et d'après les travaux de Godard et de M. Gosselin, l'épididyme descend à sa place dans le scrotum, alors que le testicule reste à l'anneau. Il y a au Musée une quinzaine de pièces qui prouvent cette disposition. Je crois que dans la grande généralité des cas l'épididyme descend enveloppé par le péritoine, et quand on l'examine avec soin, on voit que les canaux efférents sont fibreux et ne communiquent plus avec le testicule. Si le testicule ne devient pas cancéreux, il s'atrophie, devient graisseux ou fibreux. M. Goubaux a fait la même remarque chez les chevaux dont le testicule reste dans le ventre.

M. Sée. M. Desprès s'est trompé quand il a cru que j'étais partisan de la ligature en masse. Je me suis prononcé contre cette pratique dans une discussion qui a déjà eu lieu au sein de la Société. Mais je maintiens que dans le cas de M. Monod il valait mieux faire la ligature en masse.

Je ne vois pas comment M. Terrier comprend la communication du péritoine avec le testicule en ectopie.

Ce que nous a dit M. Houel est intéressant. S'il est vrai que l'épididyme descend sans le testicule, c'est que c'est une conséquence du développement de l'appareil testiculaire. Le gubernaculum s'attache à l'épididyme et non au testicule. Dans certains cas, l'épididyme est entraîné en bas isolément, et le testicule reste dans le canal. Il y a alors ectopie.

M. Terrier. Je n'ai aucune notion personnelle sur l'état de la tunique vaginale dans l'ectopie. Je dis seulement que si la tunique descend on sera obligé de l'ouvrir.

Je n'ai vu dans ma vie qu'une seule hémorrhagie après la ligature du cordon ; et dans ce cas précisément le chirurgien (Jarjavay) avait lié les artères séparément.

M. Marjolin rappelle que son père insistait sur les dangers de la ligature en masse comme pouvant être la cause d'hémorrhagies mortelles.

M. Terrillon. Dans les observations qui ont été colligées par M. Monod et moi, on a fait tantôt la ligature en masse, tantôt la ligature en détail. Mais même en faisant la ligature séparément, on est souvent obligé de faire une ligature en totalité pour pouvoir disséquer assez haut.

Le danger de la péritonite n'est pas imaginaire, puisqu'il y a eu

un cas de mort par cette complication sur 50 opérations. On a constaté trois fois pendant l'opération qu'il y avait communication et il n'y a pas eu de péritonite.

Je répondrai à M. Houel que le testicule ectopié est très souvent à l'état complet, c'est-à-dire avec son épididyme. M. Houel a peut-être eu entre les mains des exceptions. La communication avec le péritoine a été notée d'une façon très nette dans un certain nombre de cas.

M. Houel. D'après mes recherches sur le cadavre et même sur le vivant, je maintiens que l'on rencontre dans les bourses la masse de l'épididyme sans le testicule. M. Ricord a vu l'épididyme s'enflammer dans les bourses, alors que le testicule n'y était pas. Je ne prétends pas que cette disposition a toujours lieu, mais c'est la règle générale.

M. Terrillon. D'après les faits constatés, je persiste à croire que la présence de l'épididyme loin du testicule est l'exception.

Les conclusions du rapporteur de déposer le travail de M. Monod dans les archives, de lui voter des remerciements et de l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre titulaire, sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Panas fait un rapport verbal sur les trois observations suivantes, dues à M. Albert Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André, à Bordeaux, et demande leur publication dans les bulletins.

Les conclusions de M. Panas sont adoptées.

Observation I.

Kyste dermoïde huileux congénital de la queue du sourcil.

Extirpation facilitée par une injection préalable de blanc de baleine liquéfié (procédé de M. Pozzi). — Pansement de Lister. — Guérison rapide.

Lèce Pierre, manœuvre, âgé de 26 ans, entre à l'hôpital Saint-André, le 24 novembre 1879, pour une angine catarrhale aiguë, accompagnée d'embarras gastrique. Il porte à la queue du sourcil droit, depuis sa première enfance une tumeur dont il désire être débarrassé. Aujourd'hui, cette tumeur a le volume d'une petite noix; elle est arrondie, très molle, franchement fluctuante, mobile avec quelques adhérences résistantes vers l'arcade sourcillière.

Je diagnostique un kyste dermoïde huileux congénital.

Après avoir administré pendant plusieurs jours quelques garga-

rismes et deux purgatifs salins, je pratique l'opération le 29 novembre de la manière suivante :

La moitié externe du sourcil droit occupée par la tumeur, ayant été rasée, puis lavée soigneusement avec la solution phéniquée à 50/1000, je fais une ponction avec un petit trocart. Par la canule s'écoule un liquide jaune dont l'aspect est tout à fait semblable à celui de l'huile d'olive. Recueilli dans un vase, ce liquide s'y fige bientôt.

Le kyste vidé, j'injecte dans la poche par la canule du trocart laissée en place, au moyen d'une seringue à injections en verre préalablement trempée dans l'eau chaude, une quantité équivalente de blanc de baleine liquéfié au bain-marie. La solidification s'opère rapidement, au bout de deux ou trois minutes tout au plus.

Je retire la canule, puis je pratique une incision transversale de 3 centimètres sur la partie moyenne de la tumeur en passant par la plaie de la ponction. Après avoir coupé les téguments et les fibres du muscle orbiculaire des paupières, je procède à la dissection rendue singulièrement facile par la transformation d'une poche à parois minces en une tumeur solide dont les doigts apprécient nettement les limites et dont l'œil peut suivre les contours, car la couleur blanche du spermacéti visible par transparence, tranche fortement au milieu des tissus rouges divisés. La consistance est telle que j'emploie avec profit une spatule dans le cours de cette extirpation. Malgré mes craintes, aucune parcelle de la matière à injection ne sort par la plaie du trocart. Bref, je parviens aisément à enlever toute la paroi kystique adhérente en arrière et en haut au périoste du rebord de l'orbite.

Un écoulement sanguin en nappe assez considérable est arrêté par la compression exercée pendant quelques minutes avec une éponge fine.

Je fais quatre points de suture avec des crins de cheval, en ménageant à la partie externe une petite ouverture par laquelle je fais sortir un drain composé de dix crins et pénétrant par son autre extrémité jusque dans la profondeur de la plaie.

L'opération tout entière est faite selon les règles précises et rigoureuses de la méthode de Lister; il en est de même du pansement.

Le 30 novembre, le malade ne souffre pas; il a bien dormi et son appétit est bon. Pouls à 62; t°, 36°,8.

Le 1er décembre, même état. Pansement. Une petite quantité de sérosité sanguinolente a sali le protective et la gaze. Pas de pus. J'enlève la moitié des crins constituant le drain. La peau étant irritée sur la pommette, je me décide à remplacer la solution phéniquée par la solution d'acide salicylique.

Le 2 décembre, état général excellent, pouls à 64, t° 36°,9. Pansement. Une ou deux gouttes de sérosité sanguinolente. Je retire complètement le drain.

Le 3, pansement. J'enlève les quatre points de suture. La réunion par première intention est parfaite.

Le 4, situation excellente à tous les points de vue. Pouls à 64, t° 37°,4. Cicatrice linéaire. Le malade quitte l'hôpital.

Examen microscopique de la tumeur pratiqué par M. le Dr Coyne, *professeur d'anatomie pathologique à la Faculté de médecine de Bordeaux.*

A. *Paroi du kyste.* — Les coupes, faites perpendiculairement à la surface du kyste, révèlent les faits suivants :

On ne rencontre pas de surface épithéliale. Probablement la surface épithéliale est tombée par suite de l'injection de blanc de baleine dans le kyste. Sur le bord interne de cette face sont implantés un nombre considérable de poils qui s'enfoncent plus ou moins profondément dans la paroi kystique.

Cette paroi, à un faible grossissement, paraît constituée de trois couches superposées de dedans en dehors: une couche interne dans laquelle on voit des arborisations vasculaires qui montent vers le bord libre de la coupe. Cette portion de la paroi est constituée par quelques faisceaux conjonctifs imbriqués en divers sens entre lesquels se trouvent des éléments jeunes, assez abondants. Au-dessous, on trouve une couche d'aspect fibroïde formée de faisceaux conjonctifs parallèles à la surface. Vers la terminaison externe, on aperçoit déjà quelques globules huileux ou adipeux. Enfin, la troisième couche est formée de faisceaux conjonctifs et élastiques se dirigeant dans tous les sens et paraissant appartenir aux tissus de voisinage.

Après durcissement convenable dans l'acide picrique, puis gomme et alcool, il est possible de mieux préciser certains détails.

La surface interne du kyste présente en certains points des poils. Ceux qu'on retrouve sont rudimentaires, mais très inclinés sur la surface libre de la paroi kystique, de telle sorte qu'en certains endroits, leur direction est parallèle aux différentes couches de la paroi, et ils semblent inclus dans les zones superficielles de cette même paroi. L'extrémité de ces poils, qui appartient à leurs racines, se trouve entourée par des masses composées de blocs assez irréguliers, très réfringents et présentant à leur périphérie des noyaux colorés en rouge qui appartiennent, sans aucun doute, à des glandes sébacées, très notablement déformées. Ces accumulations de cellules à graisse envoient en différents points plus profondément des prolongements en doigts de gant qui sont très manifestement des dépendances de glandes sébacées, aplaties et déformées. On constate de nouveau l'absence de revêtement épidermique et de papilles.

B. *Matière huileuse.* — Cette masse jaunâtre se dissout dans la glycérine. L'examen dans l'eau distillée et dans l'alcool, au tiers, nous montre une agglomération de globules d'huile de volume très variable, très réfringents à leur centre, et présentant un contour extérieur sombre. Ces globules d'huile sont réunis les uns aux autres par une masse de granulations très fines, presque pulvérulentes, qui se dissolvent dans la glycérine.

Lorsqu'on traite cette masse de granulations par l'eau iodée, on voit qu'il existe des cellules épithéliales colorées en jaune brun par l'iode

et dont les bords sont un peu irréguliers. Le noyau a disparu. Elles sont remplies de granulations graisseuses. Nous n'y avons pas rencontré de cholestérine.

Analyse chimique du liquide pratiquée par M. Carles, *professeur agrégé à la Faculté de médecine et de pharmacie de Bordeaux.* Cette matière est jaunâtre, d'odeur à peu près nulle, d'un toucher onctueux, et se liquéfiant facilement au simple contact de la main, car elle fond à 26°,5.

Placée sur une feuille de papier, elle y détermine une tache translucide persistante, mais qui diminue cependant d'une façon sensible pendant qu'on l'expose à une température voisine du point d'altération du papier. Lorsqu'on la chauffe brusquement, elle prend feu et brûle avec une flamme un peu fuligineuse sans laisser aucun résidu.

Si on la chauffe, au contraire, dans un petit appareil distillatoire, elle brunit peu à peu, et sous l'influence de l'ébullition prolongée, une partie se décompose en dégageant des carbures gazeux et de l'airoléine, tandis que l'autre distille péniblement en se transformant en acides gras. Ces acides sont insolubles dans l'eau bouillante. Les recherches que nous avons faites sur ce mélange d'acides volatils, dans le but d'y découvrir l'acide sébacique caractéristique de la présence de l'oléine ne nous ont donné que des résultats négatifs.

Cette matière est insoluble dans l'eau même bouillante. Elle est aussi insoluble dans l'alcool concentré froid, mais elle se dissout facilement dans l'alcool bouillant au sein duquel elle cristallise en arborescences un peu confuses par le refroidissement. L'éther, le chloroforme, la benzine la disssolvent en totalité. Elle est neutre au tournesol. Sous l'influence des alcalins, elle s'émulsionne facilement dans l'eau et se laisse décomposer par les alcalis pour former un savon peu soluble dans l'eau.

Comme son point de fusion coïncide sensiblement avec celui du beurre, nous avons recherché si elle ne contenait pas de butyrine. Deux essais ont été parallèlement faits dans ce but ; l'un avec un petit fragment de beurre authentique : l'autre avec un fragment pareil de matière. Dans le premier cas, nous avons facilement produit de l'éther éthyl-butyrique d'odeur caractéristique d'ananas, tandis que le résultat a été nul dans le second.

L'analyse chimique de cette matière n'a pas pu être plus complète à cause de la faible quantité qui a été mise à notre disposition.

Réflexions. — Cette observation m'a paru digne de retenir pendant quelques instants la bienveillante attention de la Société de chirurgie.

1° Elle relate l'histoire détaillée d'un de ces kystes huileux qui sont, pour ainsi dire, à l'ordre du jour de la Société depuis quelque temps. La date de son apparition, son siège, sa mollesse extrême, sa fluctuation ont permis de porter un diagnostic rigoureusement exact. La tumeur était située sous le muscle orbiculaire

des paupières, elle était adhérente au périoste du rebord orbitaire, elle contenait des poils nombreux et des glandes. C'est bien un kyste dermoïde congénital.

Quant au contenu, il avait tous les caractères extérieurs de l'huile, et si l'analyse chimique, pratiquée, du reste, sur une quantité insuffisante, n'a pas décelé la présence de l'oléine, il n'en est pas moins vrai qu'au point de vue *clinique* il s'agit bien d'un liquide huileux. Pareille analyse minutieuse n'a été faite, je crois, que dans le cas intéressant communiqué à la Société par M. Malherbe (séance du 3 avril 1878). Il y avait près de 90 0/0 d'oléine dans le contenu d'un kyste du cou. Dans les observations analogues à la mienne, on s'est contenté de signaler les particularités les plus saillantes du liquide.

Au surplus, je me rattache complètement à l'opinion émise tout récemment par MM. Lannelongue et Le Dentu (séance du 12 novembre 1879), et d'après laquelle ce liquide spécial ne serait qu'une modification de la matière sébacée contenue dans certains kystes. Seulement, il se rencontrerait avec une fréquence notable dans les kystes dermoïdes congénitaux.

2° Dans la question du traitement, la présence de l'huile prend une importance plus considérable. M. Malherbe a guéri le kyste du cou dont j'ai parlé (au bout de trois mois il n'y avait pas de récidive) avec une simple injection d'alcool à 90°. Malheureusement nous ne connaissons pas la constitution anatomique de la paroi. Dans la tumeur que j'ai observée, les poils nombreux qu'elle contenait eussent probablement rendu ce procédé illusoire.

Dans le but d'en favoriser l'extirpation, j'ai employé un procédé nouveau communiqué à la Société il y a un an [1] et qui offre de sérieux avantages sur lesquels je crois inutile d'insister. M. Pozzi ne s'en était servi jusqu'alors que dans un cas d'hygroma prérotulien, mais il a bien spécifié qu'il était applicable à certains kystes dermoïdes. Cependant il m'a semblé que sa pratique était un peu compliquée, inconvénient assez sérieux pour une méthode qui a la légitime prétention de simplifier le manuel opératoire. Je sais qu'il lui a fait subir lui-même quelques perfectionnements, mais je ne les connais pas encore. J'y ai donc apporté certaines modifications. Ainsi, je n'ai point eu besoin de trocart à robinet. Les petits trocarts ordinaires ne portant pas de robinet, j'ai pu me dispenser d'un instrument spécial. Mais surtout j'ai supprimé sans inconvénient les applications successives de glace et de glace pilée mélan-

[1] Procédé pour favoriser la dissection et l'ablation totale de certains kystes à contenu liquide ou demi-liquide, par M. Pozzi (séance du 6 novembre 1878, *Bulletins*, p. 714).

gée à du sel marin. Elles produisent, il est vrai, une anesthésie locale, mais elles ne m'ont pas paru indispensables pour déterminer ou même précipiter la solidification du blanc de baleine injecté. La réfrigération, effectuée par le spray phéniqué, a peut-être rempli cet office à moins de frais.

L'injection n'a déterminé aucune douleur, elle a permis de faire une ablation rapide et totale du kyste, conformément aux affirmations de M. Pozzi.

3° Grâce au pansement de Lister, dont je suis un partisan enthousiaste, les suites de l'opération ont été des plus simples. J'ai obtenu une guérison très prompte et une cicatrisation qui ne laissait rien à désirer.

A la suite de l'extirpation des kystes dermoïdes qui laisse toujours après elle une cavité profonde, il faut avoir grand soin d'assurer une hémostase complète, avant de pratiquer la suture si l'on veut éviter des mécomptes trop fréquents : épanchement sanguin, foyer purulent, échec de la réunion immédiate, etc. La compression faite avec une éponge pendant quelques minutes suffit ordinairement pour arrêter l'écoulement sanguin en nappe. Si quelques artérioles sont divisées, il convient, à mon avis, de les lier avec le catgut. Je ne serais pas tenté d'imiter la conduite de ce chirurgien qui tout récemment après l'ablation d'un kyste dermoïde de la queue du sourcil, a laissé à demeure dans la plaie pendant plusieurs heures quelques pinces à forcipressure. En suivant rigoureusement les préceptes de Lister, on obtient plus sûrement une réunion immédiate, une guérison rapide et une cicatrice linéaire.

La supériorité véritablement merveilleuse du pansement de Lister vient de m'être confirmée une fois de plus dans un cas à peu près semblable au précédent.

Observation II.

Kyste dermoïde sébacé congénital de l'angle interne de l'orbite. Extirpation. — Pansement de Lister. Réunion immédiate et guérison rapide.

Honeyre Marie, 16 ans, domestique, entrée à l'hôpital Saint-André le 10 décembre 1879. Elle porte depuis sa naissance une petite tumeur à l'angle interne de l'orbite droit. Cette tumeur dont le volume est actuellement celui d'une petite noisette est saillante sous la peau de la paupière supérieure, un peu en dehors du ligament palpébral. Elle est arrondie, rénitente, mobile sous les téguments, mais on sent qu'elle est retenue profondément par des adhérences à la paroi interne de l'orbite. Elle n'a pas grossi depuis longtemps et ne détermine aucune douleur.

Ces caractères me font porter le diagnostic de kyste dermoïde sébacé congénital.

L'extirpation est pratiquée le 18 décembre.

Une incision de un centimètre et demi, parallèle à la courbe normale de la paupière, divise la peau, le tissu cellulaire et le *muscle orbiculaire des paupières*.

L'extirpation est terminée par la section des adhérences de la tumeur avec le périoste de la face interne de la cavité orbitaire.

L'écoulement sanguin est arrêté par la compression faite avec une fine éponge.

Puis je fais trois points de suture avec des crins de cheval, en laissant à l'extrémité interne déchirée de l'incision une ouverture excessivement petite par laquelle je fais sortir un drain composé de six crins de cheval.

L'opération est précédée d'un lavage du champ opératoire avec l'eau phéniquée; elle est faite sous le spray phéniqué. Le pansement de Lister est appliqué et recouvert d'un monocle légèrement serré.

Le lendemain 19 décembre, pas de douleur. Pouls à 90. 1° a 37°4. Le pansement est sali par une assez grande quantité de sérosité sanguinolente.

Pas de gonflement. Le drain est sorti de la plaie. Je me contente d'y introduire de nouveau un seul crin.

Le 20, même état. Pouls à 70 + 36°,8. Pansement.

Le 21, même état.

Le 22, j'enlève les points de suture.

Guérison complète. Cicatrice linéaire.

Le kyste contenait de la matière sébacée épaisse et une grande quantité de poils fins. L'examen microscopique de la paroi n'a pas encore été fait.

La simplicité des phénomènes consécutifs à l'opération et la rapidité de la guérison sont ici d'autant plus remarquables que l'ablation de la tumeur avait laissé une excavation profonde dans l'orbite, et tout habitué que je suis à voir les prodiges accomplis par le pansement de Lister, je n'étais pas sans quelque inquiétude sur les résultats de mon intervention.

Observation III.

Grenouillette congénitale par oblitération de l'extrémité antérieure du canal de Wharton. — Incision suivie de cautérisation au nitrate d'argent. — Guérison avec permanence d'une ouverture fistuleuse.

La *Société de chirurgie* a déjà reçu communication de deux cas de grenouillette congénitale consécutive à l'oblitératien du canal de Wharton. Ces cas sont dus à MM. Guyon et Lannelongue. Celui que j'ai observé, et dont j'adresse la courte histoire à la Société, me semble offrir quelque intérêt au point de vue de la question du traitement de cette variété rare de kyste sublingual.

Le 10 juillet 1879, on m'apporta un petit garçon âgé de huit jours qui m'était envoyé par M. le docteur Mouliver de Bourg (Gironde). Dès le lendemain de la naissance de cet enfant, on s'était aperçu qu'il était gêné pour téter, et en examinant la bouche notre confrère avait reconnu sans peine l'existence d'une grenouillette.

Je trouvai, en effet, sous la langue, à droite, une tumeur allongée d'avant en arrière, molle, dépressible, un peu fluctuante, vaguement transparente. L'ostium ombilicale était oblitérée ainsi que l'extrémité antérieure du canal de Wharton dans l'étendue de quelques millimètres. L'application de sucre pulvérisé sur la langue ne faisait point sourdre de salive de ce côté, tandis qu'à gauche on la voyait s'écouler du canal de Wharton dont l'ouverture était parfaitement visible. La pression exercée sur la tumeur était suivie du même résultat négatif et ne diminuait pas le volume de la grenouillette. La glande sous-maxillaire droite était notablement tuméfiée.

Avec une pince à griffes je saisis et je soulevai la paroi supérieure de la tumeur et j'en excisai une grande partie d'un coup de ciseaux courbes. Il s'écoula un liquide blanchâtre, filant, tout à fait semblable à du blanc d'œuf, puis une certaine quantité de sang. La plaie fut abstergée soigneusement avec des bourdonnets de charpie. Enfin j'en cautérisai toute la surface avec un crayon de nitrate d'argent.

L'enfant fut rapporté chez lui. Les suites de l'opération furent simples. Aujourd'hui, 25 décembre, plus de cinq mois après, M. le docteur Mouliver m'écrit que la guérison est parfaite. L'extrémité antérieure du canal de Wharton est toujours oblitérée, mais il existe sur le point où l'incision a été pratiquée, un petit orifice fistuleux par lequel on voit la salive s'échapper. La glande sous-maxillaire n'est plus tuméfiée.

Je ne veux tirer du fait précédent qu'une seule conclusion ; c'est que l'incision suivie de cautérisation dont les avantages dans le traitement de la grenouillette commune ou des glandes sublinguales n'ont plus besoin de démonstration, est également utile pour la cure de la grenouillette du canal de Wharton. Seulement, dans le premier cas, cette méthode produit une oblitération définitive de la poche tandis que, dans le second, l'écoulement sans cesse renouvelé de la salive détermine la persistance d'un petit orifice fistuleux qui remplace l'ouverture normale oblitérée. Le même moyen fournit la guérison par deux artifices différents.

La question pratique du traitement de la grenouillette en général se trouverait donc ainsi singulièrement simplifiée.

L'incision seule employée par M. Stoltz, en 1833, dans un cas bien connu, a été suivie de succès mais l'observation n'indique pas l'état des parties quelque temps après l'opération. Elle montre, en tout cas que la cautérisation n'est pas indispensable.

Discussion.

M. Houel. Désire savoir si on a noté l'aspect extérieur des

téguments qui recouvraient la tumeur du sourcil. Les tumeurs ont quelquefois une couleur rosée et une vascularisation particulière à l'aide desquelles on peut diagnostiquer qu'il s'agit non pas d'un kyste mais d'une tumeur venant du cerveau.

M. Panas. Les téguments avaient leur aspect normal et glissaient sur les tissus sous-jacents. Les tumeurs étaient superficielles et la dissection a démontré qu'il s'agissait d'un kyste épithélial.

A ce propos je citerai un fait de kyste, gros comme une noix, situé à la racine du nez chez un étudiant étranger. Les chirurgiens allemands, qui avaient vu le malade, étaient très perplexes sur la question de savoir s'il s'agissait d'un encéphalocèle ou d'un kyste sébacé. Velpeau diagnostiqua un kyste. Nélaton fut plus réservé dans son diagnostic, mais il penchait aussi vers l'opinion qu'il s'agissait d'un kyste. Le malade me consulta. Je fis une ponction exploratrice avec une fine aiguille creuse et je retirai un peu de magma sébacé. Le diagnostic étant dès lors évident, j'enlevai la tumeur par une incision sur la ligne médiane. Son fond adhérait au périoste. Dans l'intérieur du kyste, il y avait un peloton de poils roux contournés sur eux-mêmes, comme les égagropiles des ruminants.

M. Berger. Pense qu'il vaudrait mieux appeler ces kystes, kystes dermoïdes que kystes sébacés.

Lectures.

M. Philippe lit un travail sur *la fracture de l'olécrane.*

Commission.

MM. Terrillon, Lannelongue et Sée.

M. Vedrènes lit une observation de *goître suffocant trilobé,* et présente le malade atteint de cette affection.

Grégy Joseph, âgé de 21 ans, recrue de la classe de 1879, incorporé dans la deuxième section des infirmiers militaires, entré le 9 novembre à l'hôpital de Vincennes pour un goître suppurant trilobé.

Ce jeune homme est né à Uriménil, carton de Xartigny, arrondissement d'Épinal, département des Vosges, contrée où le goître est, paraît-il, endémique. Il habite actuellement Donnoux, village éloigné de 4 ou 5 kilomètres de celui où il est né, et est employé depuis son enfance aux travaux des champs.

Son père et sa mère n'ont jamais eu de goître, mais sa sœur, plus jeune que lui de cinq ans, en a un semblable au sien.

La complexion de ce jeune soldat est plutôt faible que forte, sa taille, moyenne, ses cheveux châtains.

Il a le teint un peu hâlé des gens de la campagne, sur un fond pâle, anémique. Denture mauvaise, lèvre inférieure un peu épaisse, disposition aux rhumes; point de trace de tuberculose pulmonaire, ni d'engorgement ganglionnaire ayant ou non suppuré.

En somme, ensemble physique médiocre, santé délicate, mais pas de maladie sérieuse antérieure.

Sous le rapport intellectuel, rien de particulier à noter ni en bien ni en mal. Il sait passablement lire et écrire, répond bien aux questions qu'on lui adresse, et paraît doué d'un caractère doux et tranquille.

En interrogeant ce malade, on apprend que la tumeur, dont il est porteur, remonte à sa plus tendre enfance; que la partie moyenne s'est montrée la première; puis, vers l'âge de 10 ans, la partie latérale droite; en dernier lieu la gauche, il y a 7 ou 8 mois environ, et que les progrès de l'ensemble ont été lents bien qu'évidents.

Il raconte, qu'en se développant, cette tumeur lui a causé une gêne croissante de la respiration qui l'empêchait de supporter les travaux manuels pénibles, surtout les efforts nécessités par le soulèvement des fardeaux, les marches rapides, l'ascension des escaliers et des terrains montueux; mais que l'anhélation est devenue plus grande encore, depuis l'apparition du lobe latéral gauche du goître.

La portée de la voix était aussi diminuée, et la déglutition gênée au point qu'il ne pouvait avaler que de petites bouchées, et boire qu'à petits traits.

Ce jeune homme a cependant été pris pour le recrutement, à cause sans doute du petit volume de la tumeur, et de l'espoir qu'un changement d'air et un traitement approprié pourraient la résoudre.

Etat actuel. Le malade étant assis ou debout, les bras pendants, ou dans le décubitus dorsal, on est tout d'abord frappé de l'ampliation de la région sous-hyoïdienne, et de l'effacement des dépressions naturelles de cette région, en avant de la trachée et sur les côtés du larynx. On remarque en outre que cette ampliation porte surtout sur la moitié inférieure de la région sous-hyoïdienne, et n'intéresse que la demi-circonférence antérieure du cou car, du côté de la nuque, le volume et la conformation du cou sont normaux.

La mensuration donne pour résultat $0^m,39$ de périmètre, soit 4 ou 5 centimètres de plus que le diamètre du cou de plusieurs adultes exempts de goître, qui ont été mesurés dans le service.

A la palpation, on reconnaît l'existence d'une tumeur profonde trilobée, formée par le corps thyroïde anormalement développé.

Le lobe médian, qui procède de l'isthme de cette glande, le plus ancien et le plus apparent des trois, proémine au-devant de la trachée, depuis le cartilage cricoïde, jusqu'au bord supérieur du sternum, et confine latéralement aux muscles sternomastoïdiens. Son épaisseur paraît être de 3 centimètres environ.

Il adhère en arrière au conduit laryngo-trachéal, et le suit dans les moments d'ascension et d'abaissement, dans l'acte de la déglutition.

Sa consistance est ferme, charnue, légèrement lobulée, sans points fluctuants appréciables, sans mouvements pulsatifs. Il se montre partout indolent à la pression, et n'est le siège d'aucun bruit à l'auscultation.

Ce lobe, à contour arrondi, plus haut que large, de forme ovoïde, envoie supérieurement vers le cartilage thyroïde, une sorte de languette, rappelant le prolongement de l'isthme connu sous le nom de pyramide de *Lalouette*.

Ce lobe latéral droit, le second en date d'apparition et presque contemporain du précédent, s'étend, en hauteur, du bord supérieur de la clavicule au niveau du bord supérieur du cartilage thyroïde, et, en largeur, du conduit laryngo-trachéal au bord postérieur du muscle sternomastoïdien, qu'il dépasse à peine; son peu d'épaisseur empêche de le saisir aisément, et d'en apprécier exactement les limites à travers le muscle qui le recouvre.

Le lobe gauche, le dernier apparu, et encore récent, a des dimensions un peu plus restreintes que le droit. Ces deux lobes ont les mêmes caractères physiques que le médian, et sont, comme celui-ci, indolents à la pression.

Le tégument qui recouvre la totalité de la tumeur est sain, sans adhérences et sans varicosités. Le lobe moyen seul est cotoyé par deux veines assez apparentes.

Ces trois lobes étroitement unis entre eux, embrassent la trachée et l'œsophage, comme un anneau, sans néanmoins comprimer très notablement ces conduits, dans le repos des muscles de la région. Auss la déglutition, la respiration et la phonation n'éprouvent-elles habituellement que de la gêne. Mais dans l'effort, l'action de soulever des fardeaux, et la simple élévation des bras au-dessus de la tête, il en est autrement.

On voit alors les lobes latéraux, refoulés vers la ligne médiane, sous la contraction énergique des muscles sterno-mastoïdiens, se dérober à la vue; le lobe moyen, au contraire, comme propulsé en avant, accentuer ses lobules et faire une saillie très prononcée au-devant de la trachée, contre laquelle il est fortemeut repoussé par la tension musculo-aponévrotique des muscles trachéaux, tandis que la colonne vertébrale, résistant en arrière, complète la constriction de la trachée, de l'œsophage et sans doute des nerfs récurrents.

En même temps les mouvements de déglutition se renouvellent plus souvent, la respiration s'accélère, devient haletante, le cornage se produit, la voix s'affaiblit, s'éteint, la dyspnée devient extrême et l'asphyxie imminente. Tout cela en quelques secondes, car le malade, qui énumérait les chiffres 1, 2, 3, etc..., dès le début de l'expérience, arrive à peine à 14 ou 15, qu'il faut déjà la cesser. Le calme fonctionnel se rétablit instantanément par le simple abaissement des bras.

Notons que dans aucune attitude du malade ni aucun exercice, il ne se produit ni fourmillement, ni engourdissement, ni paralysie du côté des membres supérieurs.

Tous les phénomènes de compression sont concentrés vers la ligne médiane, du côté de la trachée et de l'œsophage.

Ajoutons enfin que les accidents de suffocation ne viennent pas spontanément par crise, comme c'est l'habitude dans les goîtres dits *suffocants*, mais seulement dans certaines attitudes du malade; ce qui autorise à admettre que c'est une cause toute mécanique qui les produit.

Le goître dont ce jeune homme est affecté, me paraît appartenir à la variété hypertrophique ou hyperplasique glandulaire vraie; celle qui intéresse le plus uniformément la totalité de la glande, qui s'offre le plus souvent à l'observation, et dont nous avons vu de fréquents exemples à Besançon, quand nous étions attaché à l'hôpital militaire de cette ville. Ce cas présenterait donc un médiocre intérêt, s'il n'était compliqué d'accidents de suffocation.

La forme suffocante est, en effet, assez rare eu égard au grand nombre des goîtres, qui ne gênent que par leur poids et leur volume, parfois énorme ou qui passent même, dans certains pays, pour un agrément et un complément de beauté. Mais elle est surtout très grave, et mérite sous ce rapport, toute l'attention du chirurgien.

Cette forme constitue, comme on le sait, plutôt une complication qu'une variété de goître, car elle se rencontre avec des tumeurs thyroïdiennes très différentes par leur forme, leur volume, leur nature et le nombre des lobes envahis, sans être nécessairement liée à aucune en particulier.

Notons cependant que le goître cancéreux est celui qui détermine en général, le plus sûrement la suffocation non par compression, ce qui est le mécanisme habituel des goîtres *suffocants*, mais par envahissement des organes voisins (nerfs, trachée, œsophage).

Les conditions qui impriment, à certains goîtres, cette allure si grave, sont diverses, et ont été l'objet d'études sérieuses de la part de plusieurs auteurs (Fodéré, Cruveilhier, Bonnet de Lyon, Houël, Lebert, Turck, Bach, Chassaignac, Cheliez, Bœckel, etc.), études que M. Berger a soumises à un examen critique fort intéressant inséré dans les *Archives de Médecine* (année 1874).

Il résulte de ces travaux, qu'à part les cas exceptionnels où la suffocation est causée par l'évacuation d'un abcès thyroïdien dans la trachée, comme Ribéri, de Turin, en a rapporté des exemples à la *Société de chirurgie*, (année 1855), ou l'expectoration de morceaux de kystes (Gooch), ou d'encéphaloïde thyroïdien à travers une brèche de la trachée (Lebert), c'est par compression de la trachée, par la tumeur thyroïdienne, que se produisent les accidents de suffocation, que cette compression soit latérale, bi-latérale, médiane ou circulaire.

Ce mécanisme est évident dans la thyroïdite aiguë, les poussées congestives du corps thyroïde, dans le cours de la grossesse, ou durant le travail d'accouchement, les hémorrhagies spontanées et traumatiques qui se font dans le parenchyme de la glande.

La constriction de la trachée a souvent aussi pour origine la rétraction d'un tissu de cicatrice, qui s'est formé dans un foyer sanguin du corps thyroïde et autour de lui.

Cette variété de goître fibreux, bien étudiée par le professeur Bach, de Strasbourg, a été désignée par Chassaignac, sous l'expression significative de goître *constricteur*.

Dans certains cas, le goître entoure circulairement la trachée (*Société de chirurgie*, 22 juin 1870, observations de M. Tarnier), ou l'œsophage (Sédillot, médecine opératoire ; Lycelt de Wolverhampton, in thèse de M. Charles Donon, décembre 1879), c'est le goître annulaire, ou bien il gagne la face postérieure du pharynx (goître rétro-pharyngien ; Bœckel, *Société de chirurgie*, 26 mars 1879).

Parfois on a affaire au goître dit *en dedans*, de Fodéré, encore appelé *plongeant* et *rétro-sternal*.

Bonnet, de Lyon (*Académie des sciences*, 1855), s'est surtout occupé de cette variété de goître, qui présente la curieuse particularité de s'enfoncer dans la poitrine, à chaque inspiration ; phénomène que le célèbre chirurgien de Lyon attribue à un défaut d'équilibre entre la pression intra-thoracique et la pression extérieure de l'air. « Si des tumeurs, dit-il, primitivement développées dans le cou, s'enfoncent dans la poitrine, c'est que leur premier effort ayant été la compression du conduit aérien, l'air, qui ne pénètre plus aisément dans les poumons, presse sans équilibration intérieure sur les parois de cette cavité, et y pousse les parties qui occupent la région intérieure du cou. »

De cette théorie est né, comme on sait, le procédé de déplacement et de soulèvement de la tumeur à l'aide d'une espèce de fourchette, qu'il enfonçait dans le goître, et qui l'empêchait de redescendre.

M. Chaboureau, auteur d'une thèse sur le goître suffocant (Strasbourg, 1869), signale comme prédisposant aux accidents de suffocation les hypertrophies, qui se portent surtout vers les parties postérieures, et spécialement contre la trachée et l'œsophage.

Mais cette disposition est elle-même déterminée par le siège du goître, qui parfois est tel que la tumeur a plus de facilité à se porter en arrière de la trachée ou de l'œsophage, où elle ne rencontre qu'un tissu cellulaire lâche, qu'en avant, où elle se heurte contre la résistance de l'aponévrose cervicale et de l'action musculaire.

Tel est, si je ne me trompe, le cas de notre jeune malade, dont le goître me paraît annulaire ou presque annulaire, sans qu'il soit facile de déterminer s'il embrasse simplement la trachée, ou simultanément la trachée et l'œsophage. Mais l'une ou l'autre supposition est à admettre, sans quoi comment s'expliquer la dyspnée, la dysphagie, la diminution de la portée de la voix habituelle dans le repos des muscles de la région et l'invasion subite de la suffocation, au moment même où ces muscles entrent en contraction, en effaçant la saillie des lobes latéraux et accentuant, au contraire celle du lobe médian.

Je réserve entière la grosse question du traitement sur laquelle je prie la Société de chirurgie de vouloir bien me donner son avis.

M. Berger. La thérapeutique des goîtres parenchymateux est très épineuse. Rosé préconise leur extirpation ; d'autres chirurgiens font des injections interstitielles. Bilroth rejette les injections interstitielles dans les goîtres suffocants. D'ailleurs, quand on pratique ces injections, il est bon de se préparer à faire immédiatement l'extirpation du goître, quand il se produit un gonflement inflammatoire et une compression consécutive. L'extirpation du corps thyroïde a été pratiquée avec succès par Morel, de Nancy, et Bœckel, de Strasbourg.

M. Vedrènes. Je me suis préoccupé du danger que signale M. Berger. Je sais qu'il y a toujours une inflammation locale et un gonflement local après les injections. Je suis bien aise d'entendre que la Société émet des réserves sur la pratique des injections iodées.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire annuel,
Polaillon

Séance du 28 janvier 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine publiés à Paris

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine, Journal de thérapeutique* de Gubler, la *Revue médicale de l'Est*, le *Lyon médical*, la *Gazette obstétricale*, *l'Année médicale*.

3° *Les Annales de la Société anatomique et chirurgicale de New-York*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Gazette Italienne-Lombarde*, le *Britisch medical*.

4° *Le cours de médecine opératoire* de M. Le Fort.

5° *Les Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1re livraison de la 2e série.

6° *Lettre de candidature* de M. Pozzi au titre de membre titulaire.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Marjolin dit que Boyer repoussait la ligature en masse du cordon, non pas à cause des hémorrhagies, mais à cause de la douleur excessive qui pourrait s'en suivre et aller même jusqu'à produire le tétanos.

M. Terrier pense que l'on peut faire la ligature de trois manières, comme lorsqu'il s'agit de lier le pédicule dans l'ovariotomie.

1° Passer une broche à travers le cordon pour empêcher sa rétraction, et lier au-dessous avec un fil de fer serré avec le serre-nœud de Cintrat.

2° Traverser le cordon avec une aiguille entraînant un fil double, et lier les deux moitiés avec chacun des fils.

3° Mais comme, par le procédé précédent, on peut ouvrir une veine, que la ligature des deux moitiés du cordon n'oblitérerait pas, on remédie à cet inconvénient en passant le fil de l'une des anses dans l'anse de l'autre. On a ainsi deux ligatures isolées qui tiennent l'une à l'autre. C'est un chirurgien anglais, Thorston, qui a indiqué ce procédé dans *the Lancet* 1879.

M. Desprès. M. Labbé a fait aussi la ligature du cordon par portion. C'est un procédé que l'on peut appeler la ligature en masse compliquée. Tout cela est une imitation de ce que l'on fait pour les pédicules dans l'ovariotomie. Mais dans le cordon les conditions ne sont pas les mêmes : il y a le canal déférent, dont la ligature peut amener des accidents nerveux graves, en particulier, le tétanos. Quand on lie séparément les éléments du cordon, on n'a pas à redouter le tétanos. Dans les amputations, on cherche à saisir l'artère et rien que l'artère, il faut faire de même pour le cordon.

M. Nicaise. J'ai fait cinq fois la castration avec la ligature en

masse du cordon. Quatre opérés ont guéri. Le cinquième a été pris de tétanos le huitième jour après l'opération, et, dans ce cas, je ne crois pas que le procédé de ligature puisse être incriminé. En effet, la ligature avait été faite avec le serre-nœud de Cintrat, et on sait qu'avec ce procédé il y a presque un écrasement des tissus au point lié. Le malade n'a accusé aucune douleur après l'opération, ni les jours suivants. Il n'y a donc pas eu de névrite ayant pour point de départ les points liés. Le tétanos a été tout à fait accidentel.

M. Desprès dit que la ligature extemporanée par l'écraseur a donné un cas de tétanos.

Rapport.

Observations adressées par M. le Dr Posada Arango, *professeur de botanique à l'université de Medellin, Etats-Unis de Colombie. Rapport par* M. Farabeuf.

Je me bornerai, Messieurs, à vous donner une analyse des observations de M. Arango.

1° Anévrysme artérioso-veineux de l'artère sous-clavière.

P., 27 ans, reçut étant assis, un coup de couteau à la partie postérieure de l'épaule gauche, à 9 centimètres au-dessus de l'angle supéro-interne de l'omoplate et sur la même ligne verticale. La lame large de trois centimètres pénétra presqu'à plat, en se dirigeant en avant et en dehors. De la plaie unique sortit un jet de sang très fort, mais qui s'arrêta par la seule application de la main du blessé. Un thrombus se forma au-dessus et au-dessous de là clavicule. Le bras se gonfla, devint violacé et froid; le pouls disparut; le bord cubital de l'avant-bras et les 3 doigts correspondants se montrèrent très engourdis

Le lendemain l'avant-bras avait repris sa température normale. Le huitième jour le malade commença à entendre un bruit d'ébullition du côté de la blessure, bruit qui devint fort gênant en quelques heures. A cette époque, le thrombus n'avait pas encore disparu, le bras était encore œdémateux et le pouls insensible. Au niveau de la clavicule, l'oreille percevait, au maximum, un bruissement continu avec renforcements isochrones aux battements du cœur, bruissement accompagné de frémissement et perceptible dans le côté gauche du thorax, au-dessus de la clavicule et au-dessous, tout le long du bras sur le trajet des vaisseaux. Le malade fut mis à la diète, le bras enveloppé d'un bandage roulé. La compression à l'aide de pièces de linge, essayée sur les régions sus et sousclaviculaire ne put être supportée.

L'œdème du membre ne dura pas; le pouls reparut tôt; les veines

restèrent variqueuses ; le bruissement resta longtemps assez incommode : le malade ne pouvait dormir qu'au bruit du cours d'un ruisseau près duquel il se couchait.

Au moment où l'auteur rédige son observation, 2 mois 1/2 après la blessure, le malade n'entend plus le bruissement qui pourtant est encore perçu jusque dans la paume de la main. Le frémissement est resté très sensible au toucher. Le pouls radial a repris une grande partie de son ampleur; toutefois le sphygmographe accuse encore une sensible infériorité relative.

Il n'y a pas de tumeur dans la région blessée. La maladie semble bien en bonne voie de guérison et M. Arango nous promet des renseignements ultérieurs.

2° Achromatopsie traumatique.

A la suite d'un coup de balle qui rasa le côté gauche de la tête, emportant le haut du pavillon de l'oreille et brisant le temporal, un colonel de 25 ans perdit connaissance, délira quelques jours etc. Échappé aux accidents primitifs et revenu à lui, le blessé se trouva sans mémoire; il fallut lui apprendre les noms des choses les plus vulgaires; il était sourd, sans goût et sans odorat, ne voyant que du blanc et du noir et ne se rendant pas compte du relief des objets. Il n'était pas paralysé, mais en marchant, il lui semblait ne mouvoir que le côté gauche du corps.

Deux mois après, la plaie ayant rejeté des esquilles était guérie, l'odorat et le goût étaient rétablis, l'ouïe également, mais incomplètement du côté droit. Le malade se rendait bien compte de la forme des objets, mais ce ne fut que plus tard qu'il commenca de distinguer les couleurs. La première qu'il réapprit à connaître fut le rouge, la dernière le vert. Auparavant, il les voyait noires toutes les deux.

3° Corps étranger du larynx.

Un fragment de cloison de casse s'était logé dans l'orifice supérieur du larynx d'un enfant de 4 ans. Plusieurs accès de suffocation eurent lieu. Le cinquième jour le petit malade était aphone, cyanosé, presque mort, présentant l'aspect d'un enfant à la dernière période du croup. M. Arango, appelé pour la première fois, crut sentir quelque chose par le toucher buccal, mais ne l'ayant pu saisir avec une pince courbe, il fit la trachéotomie, introduisit une plume de poule par la plaie, les barbes dirigées vers la glotte, et délogea le corps étranger qui sortit par la bouche. La guérison fut complète en 15 jours.

4° Corps étranger dans les bronches.

Une demoiselle de 17 ans, mangeant un fruit de sapotillier, crut avoir avalé un noyau parce qu'elle eut un court accès de suffocation, avec la sensation de quelque chose qui venait de descendre difficilement par le cou. La nuit elle éprouva quelque gène et de la toux, avec un sifflement qui s'entendait à distance. La fièvre vint et les symptômes

d'une bronchite. La malade éprouvait des douleurs disseminées dans le côté gauche de la poitrine qui était sonore, mais où l'on n'entendait aucun bruit respiratoire. M. Arango diagnostiqua un corps étranger et déclara la trachéotomie inutile. Cette opération fut pratiquée plus tard par le médecin de la famille, mais n'eut aucun succès; la mort arriva le 75e jour après l'accident, le 20e jour après l'opération. Le poumon gauche était en grande partie hépatisé, et la graine de sapotillier fut trouvée dans la bronche du même côté.

5° Une sonde urétrale improvisée.

Il s'agit du pétiole long, recourbé et fistuleux d'une feuille de ricin plante arborescente en Colombie.

J'ai l'honneur de proposer d'adresser à M. Arango des remerciements par l'intermédiaire de M. Broca, qui nous a transmis les observations que je viens d'analyser. Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Rapport

par M. Farabeuf, au nom d'une commission composée de MM. Després, Gillette et Farabeuf, rapporteur,

Sur deux mémoires du Dr Larger, de Maisons-Laffitte, relatifs, l'un aux *causes de la déformation du moignon à la suite des amputations du pied en général*, l'autre à des *Recherches anatomiques et statistiques sur les amputations du pied.*

Le premier de ces mémoires qui, à vrai dire, traite surtout de l'amputation de Chopart, débute par un historique assez long que l'auteur divise en trois périodes successives : 1° période d'invention, depuis Hippocrate jusqu'à A. Paré; 2° période de disparition, depuis A. Paré jusqu'à Chopart; 3° période de réapparition, depuis Chopart.

Il semble à M. Larger qu'à mesure qu'ont augmenté les dimensions du lambeau plantaire, les cas de renversement soient devenus plus rares, et il cite à l'appui de cette opinion un peu hasardée, les statistiques de Villermé, Bœckel, Weber, Hyrthl, Fremmert, Gross, Textor père et fils, et Jousset d'après lesquelles nous verrions la fréquence du renversement tomber de 100 0/0 (Villermé) à 8 0/0 (Jousset). J'ai les plus grands doutes sur la valeur de ces statistiques. Pour ne parler que de la dernière (*Bulletin de thérapeutique* de 1876) comme Jousset a pris soin de nous donner des photographies et des profils de plusieurs moignons, il est facile de constater quoique dise le texte, plusieurs cas de renversement manifeste et considérable.

En Allemagne, l'amputation de Chopart est loin d'être appréciée comme chez nous, témoin le mémoire de Max Schede publié en 1874

Sammlung klinischer Vortrage, Leipzig, 1874, et *Revue des Sc. méd.* IV, 74).

M. Larger ne veut pas entendre parler de la théorie mécanique du renversement du talon. Pour lui, le tendon d'Achille n'est point un agent actif et il importe fort peu que l'avant pied n'existant plus, le bras de levier antérieur à l'appui tibial soit devenu notablement plus court que le postérieur. Pour lui, les chirurgiens qui se sont appliqués à sectionner le tendon d'Achille, à garder le scaphoïde, le cuboïde et même le tarse tout entier, à combattre mécaniquement la déformation, etc., ont fait une besogne vaine et sans raison ; ceux qui ont incriminé la rétraction inodulaire des tissus péri-articulaires, la conformation du pied, le poids du corps, ont erré ; il n'y a qu'une cause à la déformation, cause jusqu'ici inconnue : l'atrophie précoce des muscles antérieurs antagonistes des gastro-cnémiens.

Cela ne revient-il pas à dire avec la majorité des chirurgiens que le renversement du moignon est dû à la prédominance des muscles postérieurs sur les antérieurs? M. Larger ne l'entend pas ainsi : il veut que, même dans les cas traumatiques, l'atrophie soit d'origine réflexe et qu'une inflammation, une arthrite et surtout une synovite tendineuse en soit la cause première qui retentit d'une façon spéciale sur les muscles antérieurs.

On retrouve là ainsi que le fait remarquer l'auteur, l'écho des idées émises par MM. Le Fort et Valtat.

Pour bien préciser je reproduis cette phrase de l'auteur : « Ce n'est pas à cause de la diminution du bras de levier des extenseurs, que l'action du triceps sural devient prédominante, mais bien à cause de l'atrophie musculaire qui envahit tout d'abord ses antagonistes. »

A l'appui de son travail, M. Larger rapporte une observation intéressante que je vais résumer mais en faisant observer d'abord qu'il ne s'agit pas d'une amputation de Chopart ainsi que tous l'avez reconnu en examinant le malade, mais d'une opération un peu irrégulière pratiquée à plusieurs centimètres en avant de l'articulation médio-tarsienne peut-être même d'une désarticulation de Lisfranc avec section du premier cunéiforme.

Halter Laurent, âgé de 37 ans en 1878, eut l'avant-pied droit broyé par un éclat d'obus à la bataille de Saint-Privat en 1870. Il fut amputé par un chirurgien allemand 24 heures après le traumatisme, eut le long du jambier antérieur une fusée purulente qui fut ouverte en 3 points et guérit en 8 semaines. Le malade très amaigri marchait avec des béquilles et ne pouvait remuer son moignon. Évacué sur Lunéville, il y resta 7 mois, la cicatrice se rouvrit, un abcès se forma le long des péroniers ; le malade im-

primait à la main des mouvements à son moignon qu'il finit par mouvoir à l'aide des muscles de la jambe. Jusqu'en 1875, le malade exerça son état de cordonnier, marchant passablement. Nommé casernier à Vaugirard, et obligé à des courses fatigantes, il vit sa cicatrice s'ulcérer et devenir très douloureuse. Sa santé générale s'altéra; sa jambe s'amaigrit de nouveau.

Au bout de deux mois de séjour au lit, Halter reprit son service avec un moignon ulcéré, toujours douloureux, renversé et immobile.

Le pauvre patient songeait au suicide; mais, sous l'influence d'un repos prolongé il vit de nouveau son moignon se cicatriser put faire chaque jour quelques pas et garder ses fonctions un an encore grâce à l'indulgence de ses chefs.

M. Larger constate à cette époque un renversement en équin-varus, sans ankylose, mais sans mouvements actifs. Les muscles antérieurs semblent tout à fait impotents; cependant ils se contractent sous l'influence de l'électricité. Tous les muscles du côté amputé ont subi l'atrophie à quelque degré, mais le jambier antérieur et les extenseurs sont les plus affectés. Ces muscles antéro-externes sont soumis à un courant descendant, d'abord chaque jour, pendant 7 à 8 minutes. « Dès la 6e séance, une légère amélioration se fait sentir, la marche est moins pénible. Au bout de 25 séances les muscles atrophiés ont regagné une partie de leur volume primitif. Le moignon commence à être fléchi sur la jambe, la marche est à peine douloureuse. » Au bout de 2 mois 1/2 (janvier 1878) la guérison est complète, le malade relève parfaitement l'extrémité antérieure de son moignon; il n'éprouve plus aucune douleur, soit dans la station, soit dans la marche. »

Ajoutons que le renversement a complètement disparu et que la jambe a repris son volume normal.

M. Larger étend sa théorie à toutes les amputations du pied indistinctement. « La déformation dit-il, à mon sens avec témérité, est toujours la même, » c'est-à-dire en équin-varus. Et il cite des cas d'amputation totale, d'autres d'amputation partielle, dans lesquels il veut voir surtout l'action nocive de l'atrophie musculaire.

D'après notre auteur, quand même on aurait observé moins souvent le renversement après l'amputation anté-scaphoïdienne qu'à la suite de la désarticulation médio-tarsienne, ce ne serait pas « par la raison dérisoire que l'on gardait 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de plus de voûte plantaire, mais bien parce qu'on respectait de cette manière, — inconsciemment il est vrai — les synoviales médio-tarsiennes et parfois celles de toutes les gaines tendineuses du pied. »

Je ne puis accorder à M. Larger que dans l'amputation de Chopart, bien faite, toutes les gaines du pied sont ouvertes, et je proteste contre le mot dérisoire appliqué à la conservation, même partielle, de la seconde rangée du tarse.

Personne ne mettra en doute l'avantage que peuvent trouver les muscles antérieurs à se réinsérer à un bras de levier d'une certaine longueur au lieu de se fixer sur la tête ou le col de l'astragale.

Que l'impotence de ces muscles soit ordinairement d'origine réflexe et synoviale, comme l'avance M. Larger, ou qu'elle reconnaisse une cause différente, elle n'en est pas moins favorisée par la brièveté de ce qui reste de l'avant-pied. J'oserai même dire que le succès relaté par notre confrère, tient probablement à ce fait que parmi les muscles antérieurs, le jambier avait conservé ou recouvré ses insertions à plusieurs centimètres en avant de l'articulation tibio-tarsienne.

J'ai pu observer récemment une véritable désarticulation de Chopart sans la moindre inflammation consécutive : malgré l'électrisation commencée tôt et prolongée deux mois, les muscles antérieurs sont restés incapables de contre-balancer l'action du triceps sural et d'empêcher le renversement qui s'est produit, sans autre cause apparente que la puissance prédominante des muscles postérieurs. M. Larger auquel j'avais signalé cet amputé et qui l'a observé, attribue la persistance du renversement à ce que les muscles lésés antérieurement à l'amputation, simple hypothèse à mon avis, n'ont pas pu retrouver une puissance suffisante sous l'influence de l'électricité. De fait, ils n'ont pas repris le même volume que ceux du côté opposé.

Voici les conclusions du premier mémoire :

1° La déformation qui se produit dans le moignon à la suite des amputations totales et partielles du pied, est le fait de l'*atrophie musculaire*. Cette atrophie elle-même est principalement due à l'inflammation aiguë ou chronique des divers tissus tels que synoviales articulaires et tendineuses, tissu cellulaire, os et nerfs ;

2° Comme traitement préventif et curatif : après l'opération, et dès que l'état de la cicatrisation le permettra, il faudra mettre en usage tous les moyens propres à rétablir les fonctions des muscles et des articulations, tels que bains, frictions, massage, électricité ;

3° Dans tous les cas, on ne devra immobiliser le moignon que jusqu'à l'achèvement de la cicatrisation et rejeter d'une manière absolue pour la marche, tous les appareils actuels qui maintenant le moignon dans une immobilité complète, s'opposent au libre jeu des articulations et des muscles, gênent ainsi la marche et provo-

quent l'atrophie musculaire qui est la cause du renversement du moignon.

Ces conclusions me paraissent, à l'heure actuelle, bien exclusives. Mais je ne veux pas rééditer contre elles les raisons multiples et presque toutes plausibles qui ont été invoquées jusqu'à ce jour pour expliquer l'ascension du talon à la suite de l'amputation de Chopart. Deux autres motifs me portent à borner là mes critiques :

D'abord, l'auteur, travailleur obstiné, va se mettre sans doute en campagne pour démontrer ce que j'appellerai sa *communication préalable ;* un jour, il peut avoir raison, et je ne voudrais pas qu'il m'en coûtât trop cher si je dois jamais faire amende honorable ; ensuite M. Larger est digne d'éloges pour avoir cherché à éclairer une question restée obscure malgré les efforts de 3/4 de siècle, et attiré nettement l'attention sur le rôle de l'atrophie musculaire dans les déformations consécutives aux amputations du pied.

Car il faut bien le dire, Messieurs, nous devons, par l'amélioration du procédé, du pansement, de l'appareil prothétique, etc., etc., trouver le moyen d'éviter le renversement du moignon ou abandonner définitivement l'opération de Chopart qui, en France, a donné très vraisemblablement dans plus de la moitié des cas des résultats déplorables.

Pour votre rapporteur, les causes du renversement du moignon de Chopart sont multiples et les moyens de le combattre, jusqu'à ce jour, tous d'une efficacité aléatoire, sont multiples aussi, et je ne parle et ne veux parler que des cas simples.

Sédillot, à juste raison, a fait remarquer que le poids du corps suffisait à produire un notable changement dans les rapports des os du talon et du tibia, surtout des moignons de pied creux. Nélaton et Giraldès ont observé que dans les cas pathologiques, le pied était déjà à moitié fixé en équinisme avant l'opération.

Un équinisme modéré est en effet l'attitude de repos de l'articulation tibio-tarsienne, celle qu'elle prend dans le décubitus dorsal, qui lui donne son maximum de capacité, et qui résulte de la conformation des surfaces articulaires et de l'insertion des ligaments.

Toutefois, ces dispositions mécaniques ne sont point incompatibles avec l'absence de renversement, puisque certains moignons qui, sans doute, offraient des insertions convenables à des muscles antérieurs non atrophiés, ne se sont pas renversés, et puisque d'autres qui l'étaient ont pu être redressés, grâce à la section du tendon d'Achille, et fonctionner jusqu'à ce que le muscle triceps sural ait recouvré sa puissance.

S'il était facile de provoquer l'ankylose du moignon, ce serait

presque l'idéal car le malade marcherait aussi bien qu'après les amputations ostéoplastiques : couper le tendon d'Achille pourrait être conseillé afin de remettre d'abord le moignon en bonne position. Mais cette ténotomie ne peut donner qu'un résultat momentané s'il est impossible ou d'ankyloser les articulations ou de rétablir la puissance des muscles antérieurs.

Que l'action défavorable des gastro-cnémiens soit due à leur prédominance, à leur contracture ou à l'atrophie de leurs muscles antagonistes, il importe assez peu ; mais elle ne peut être supprimée définitivement par la ténotomie. Je m'étonne qu'on n'ait jamais songé, en désespoir de cause, à énerver les muscles postérieurs de la jambe, en attaquant le nerf sciatique poplité interne.

Au risque de provoquer des contradictions toujours utiles à la vérité, je me hasarde à dire d'après ce que j'ai vu à Paris et ce qui m'a été enseigné tant à l'hôpital qu'à l'amphithéâtre : Si j'avais l'honneur de pratiquer la chirurgie, je n'oserais pas faire l'opération de Chopart.

Cependant, si quelque jeune chirurgien plus hardi me faisait l'honneur de me demander des conseils, je lui dirais : revenez au procédé primitif qui gardait dans un lambeau dorsal des bouts de tendons, dont vous vous efforcerez par la suture, par l'immobilité du moignon, d'assurer la réinsertion en bon lieu, point capital, (Ollier, Delagarde, max Schede etc., etc.)

Taillez le lambeau plantaire très épais à la base, ménageant les tendons et les muscles et conservant le précieux ligament calcanéo-cuboïdien inférieur capable à lui seul de fournir un coussinet fibreux comme il en a été rencontré dans un moignon qui fonctionnait bien.

Rasant les os avec soin, appliquez-vous à ne pas ouvrir les gaines des tendons, ce qui est facile et à conserver les solides attaches du jambier postérieur au ligament calcanéo-scaphoïdien, afin d'avoir une sangle qui soutienne la tête de l'astragale et l'empêche de glisser en bas et en dedans.

Après l'opération et la suture profonde et superficielle, comprimez les muscles de la jambe dans le coton pour les immobiliser, ce que Mirault conseillait déjà, et tenez le moignon fortement fléchi à l'aide d'une attelle postérieure moulée ou par un moyen quelconque, jusqu'à ce que la cicatrice soit achevée et solide. Alors seulement, conformément aux désirs exprimés par M. Larger, occupez-vous de la contractilité des muscles antérieurs et longtemps encore pendant la nuit, fixez le moignon dans la flexion.

Pour peu que vous vous aperceviez plus tard, que malgré tout, le moignon tend à se renverser, pensez à l'immobiliser pour essayer de l'enraidir dans une bonne attitude.

Enfin, je crois possible : 1° de construire un appareil moulé qui vienne en aide aux muscles antérieurs en conservant ou supprimant les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne ; 2° d'utiliser un moignon modérément renversé, en le faisant reposer sur un coussinet incliné en avant et l'empêchant de glisser à l'aide d'une courroie fixée derrière le quartier de la chaussure et bouclée devant le cou-de-pied.

Le second mémoire de M. Larger est plus positif que le premier. Ce sont des recherches anatomiques et statistiques précédées toutefois d'un peu de polémique fort convenable, bien entendu, à l'adresse de vos discussions.

Les recherches anatomiques ont trait à l'anatomie des synoviales du pied, déjà faite par M. Bouchard. M. Larger n'avance que des faits anatomiquement vrais et si nos bulletins ne devaient être spécialement réservés à la chirurgie, je vous proposerais l'insertion de cette partie du mémoire. En voici le résumé.

La limite supérieure des gaines synoviales ne dépasse pas en général la base des malléoles, sauf celle des jambiers antérieur et postérieur. Leur limite inférieure répond au scaphoïde, en exceptant celle du tendon extenseur propre du gros orteil.

De là, pour M. Larger, le grand avantage des amputations antéscaphoïdiennes qui respectent les synoviales.

Je répéterai, pour l'avoir maintes fois vérifié, que la désarticulation de Chopart elle-même, peut et doit être accomplie sans ouvrir les gaines séreuses si fort incriminées par notre confrère.

Les recherches statistiques ont été faites sur les registres « mal tenus » dit l'auteur, des grandes opérations faites dans les 10 grands hôpitaux de Paris jusqu'au 1er janvier 1878. En voici le tableau.

Statistique générale des amputations du pied, d'après le relevé pris sur le registre dit des : GRANDES OPÉRATIONS, *dans les dix principaux hôpitaux de Paris, et arrêté le* 1er *avril* 1878.

§ 1er. AMPUTATIONS TOTALES DU PIED (bien spécifiées ou non).

1° *Hôpital de la Pitié*, 1836-1878.

33 cas; mortalité totale 33.33 0/0, mortalité imputable à l'opération 29.03 0/0.

A Sus-malléolaire.... 17 cas : vivants 11; morts 5 + 1 calamité.
B Tibio-tarsienne..... 4 cas : vivants 3; mort 1.
C Amputation du pied 12 cas : vivants 8; morts 3 + 1 calamité.

NOTA. L'auteur entend par *calamités* les cas de mort non imputables à l'opération, tels que cancer, tubercule, multiplicité des traumatismes, maladies intercurrentes, etc.

2° *Hôtel-Dieu*, 1855-1878.

42 cas ; mortalité totale 35.71 0/0, mortalité imputable 27.02 0/0.
A Sus-malléolaire.... 18 cas : vivants 8; morts 6 + 4 calamités.
B Tibio-tarsienne..... 2 cas : vivants 2.
C Amputation du pied 22 cas : vivants 17; morts 4 + 1 calamité.

3° *Lariboisière*, 1854-1878 (moins 4 années d'interruption).

49 cas ; mortalité totale 49 0/0, mortalité imputable 40.48 0/0.
A Sus-malléolaire.... 27 cas : vivants 13; morts 11 + 3 calamités.
B Tibio-tarsienne.... 8 cas : vivants 5; morts 2 + 1 calamité.
C Amputation du pied 14 cas : vivants 7; morts 4 + 3 calamités.

4° *Beaujon*, 1866-1878, et *Necker*, 1848-1878.

70 cas ; mortalité totale 57.14 0/0, mortalité imputable 54.54 0/0.
A Sus-malléolaire.... 30 cas : vivants 11; morts 15 + 4 calamités.
B Tibio-tarsienne et procédé Lefort 14 cas : vivants 9; morts 5.
C Amputation du pied 26 cas : vivants 10; morts 16.

5° *Saint-Louis*, 1852-1878, et *Charité*, 1868-1878.

55 cas ; mortalité totale 40.74 0/0, mortalité imputable 39.62 0/0.
A Sus-malléolaire.... 19 cas : vivants 11; morts 8.
B Tibio-tarsienne..... 5 cas : vivants 3; morts 2.
C Amputation du pied 30 cas : vivants 18; morts 11 + 1 calamité.

6° *Clinique*, 1858-1878, *Cochin*, 1862-1878, *Saint-Antoine*, 1875-1878.

23 cas ; mortalité totale 26.08 0/0, mortalité imputable 19.05 0/0.
A Sus-malléolaire.... 11 cas : vivants 9; morts 2.
B Tibio-tarsienne..... 5 cas : vivants 4; mort 1.
C Amputation du pied 7 cas : vivants 4; mort 1 + 2 calamités.

Pour tous ces hôpitaux réunis :

A Sus-malléolaire.... 122 cas : vivants 63; morts 47 + 12 calamités.
B Tibio-tarsienne.... 38 cas : vivants 26; morts 11 + 1 calamité.
C Amputation du pied 111 cas : vivants 64; morts 39 + 8 calamités.

En somme, 271 opérés; mortalité totale 118, soit 43.54 0/0; mortalité restreinte imputable à l'opération (déduction faite des calamités) 97, soit 34.44 0/0.

§ II. AMPUTATIONS PARTIELLES DU PIED déterminées et indéterminées.

1° *Pitié.*

18 cas; mortalité totale 33.33 0/0, mortalité imputable 20 0/0.
A Sous-astragalienne.. 2 cas : vivants 2.
B Chopart........... 9 cas : vivants 6; mort 1 + 2 calamités.

C Lisfranc........... 2 cas : vivant 1 ; mort 1.
D Dans le métatarse... 2 cas : vivant 1 ; .... 1 calamité.
E Amputation partielle 3 cas : vivants 2 ; mort 1.

2° *Hôtel-Dieu.*

16 cas ; mortalité totale 25 0/0, mortalité imputable 7.69 0/0.
A Sous-astragalienne.. 2 cas : vivants 2.
B Chopart........... 9 cas : vivants 6 ; mort 1 + 2 calamités.
C Lisfranc........... 3 cas : vivants 2 ; .... 1 calamité.
D Dans le métatarse... 1 cas : vivant 1.
E Amputation partielle 1 cas : vivant 1.

3° *Lariboisière.*

12 cas ; mortalité totale 16.66 0/0, mortalité imputable 9.09 0/0.
A Sous-astragalienne.. 1 cas : vivant 1.
B Chopart........... 8 cas : vivants 6 ; mort 1 + 1 calamité.
C Lisfranc........... 2 cas : vivants 2.
D Dans le métatarse... 0.
E Amputation partielle 1 cas : vivant 1.

4° *Beaujon, Necker.*

11 cas ; mortalité totale 27.27 0/0, mortalité imputable 20 0/0.
A Sous-astragalienne.. 2 cas : vivants 2.
B Chopart........... 7 cas : vivants 4 ; morts 2 + 1 calamité.
C et D .... 0.
E Amputation partielle 2 cas : vivants 2.

5° *Saint-Louis* et *Charité.*

11 cas ; mortalité totale 27.27 0/0, mortalité imputable 20 0/0
A Sous-astragalienne.. 3 cas : vivants 3.
B Chopart .... 5 cas : vivants 2 ; morts 2 + 1 calamité.
C et D.............. 0.
E Amputation partielle 3 cas : vivants 3.

6° *Clinique, Cochin, Saint-Antoine.*

12 cas ; mortalité 41.66 0/0, mortalité imputable 30 0/0.
A Sous-astragalienne.. 11 cas : vivants 6 ; morts 3 + 2 calamités.
B C D............... 0.
E Amputation partielle 1 cas : vivant 1.

Pour tous ces hôpitaux réunis :

A Sous-astragalienne.. 21 cas : vivants 16 ; morts 3 + 2 calamités.
B Chopart........... 38 cas : vivants 24 ; morts 7 + 7 calamités.
C Lisfranc........... 7 cas : vivants 5 ; mort 1 + 1 calamité.
D Dans le métatarse... 3 cas : vivants 2 ; .... 1 calamité.

E Amputation partielle indéterminée 11 cas : vivants 10, mort 1.

En somme, 80 opérés : mortalité totale 23 soit 28.75 0/0, mortalité imputable 12 soit 17.39 0/0.

Pour compléter ce tableau, il faut remarquer que 6 amputations du pied, 3 partielles et 3 totales, dont les sujets ont survécu, avaient dû subir une réamputation, soit de la jambe, soit de la cuisse. L'un de ces réamputés appartient à l'Hôtel-Dieu, 3 au groupe Beaujon-Necker et 2 au groupe Clinique, Cochin, Saint-Antoine.

Comme conclusions générales de ces deux mémoires, M. Larger nous dit :

1° Préférez les amputations partielles aux amputations totales ; ne craignez pas de remonter trop haut dans les affections chroniques osseuses ou articulaires, comme aussi dans les cas traumatiques, si le lambeau plantaire n'est pas largement suffisant ;

2° Taillez un très grand lambeau plantaire et un petit dorsal ;

3° Conservez intact le jeu des muscles et des articulations et pour cela respectez les synoviales ;

4° Recherchez la réunion par première intention ;

5° Combattez la tendance à l'atrophie des muscles du moignon aussitôt que l'état de la cicatrice le permettra ;

6° Ne faites pas porter d'appareil au malade une fois la guérison obtenue.

7° Si les muscles de la jambe sont atrophiés et dégénérés avant l'opération, ne faites pas d'amputation partielle.

J'ai fait, chemin faisant, les réserves qui m'ont paru nécessaires.

Discussion.

M. Verneuil. La société de chirurgie a déjà entendu bien des fois des discussions sur l'ascension du talon dans l'amputation de Chopart. Avec les pièces qui existent dans les bulletins de la Société, on peut voir que le triceps sural ne joue pas le moindre rôle dans l'ascension du talon. Si l'atrophie des muscles antérieurs est possible, celles des muscles postérieurs est démontrée. L'atrophie des muscles antérieurs peut jouer un rôle dans la déformation ; mais ce cas n'est pas la règle. Quand on a affaire à des amputations de Chopart faites chez des sujets bien portants, pour des accidents traumatiques, et quand les gaines tendineuses ne s'enflamment pas, on obtient de superbes moignons. Mais si on a affaire à une affection organique chez un scrofuleux et si le moignon suppure, le renversement du talon se produit et on a un mauvais résultat.

Je pense que la théorie trop exclusive de M. Larger ne saurait être admise.

Soc. an. d'imp. P. Dupont, Dr. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 56. 2-80. *Le Gérant*, G. Masson.



M. Desprès. L'opération de Chopart est une opération où l'on joue toujours le succès à pile ou face. Elle ne peut donner de bons résultats que lorsqu'on a affaire à des sujets particulièrement favorables Il faut que le calcanéum se renverse en haut pour que le malade puisse marcher, et ce renversement a toujours lieu, à moins que l'opéré n'ait un pied plat. Nous voyons de temps en temps, dans les hôpitaux, des malades qui ont subi antérieurement une amputation de Chopart et qui ne peuvent marcher parce que la cicatrice est venue se placer au-dessous du moignon et s'est ulcérée. Ces inconvénients me font repousser l'amputation de Chopart. Il n'y a pour les amputations du pied que deux opérations utiles, la désarticulation tibio-tarsienne et la désarticulation sous-astragalienne.

M. Farabeuf. M. Verneuil affirme que le triceps n'est pour rien dans l'ascension du talon ; cependant la section du tendon d'Achille a toujours permis de redresser le pied momentanément. M. Verneuil a dit encore qu'il ne fallait jamais faire l'amputation de Chopart pour des affections organiques, mais pour des lésions traumatiques. Pour s'éclairer sur ce point il faut consulter les chirurgiens militaires. Villermé dit que 15 amputés par le procédé de Chopart pour traumatisme ont tous dû subir une amputation secondaire de la jambe. En Angleterre, on n'est pas très partisan de l'amputation de Chopart. En revanche, en Allemagne, on affirme que sur 160 cas, la plupart des malades ont guéri et que presque tous les opérés ont pu marcher convenablement. J'ai vu récemment un amputé par le procédé de Chopart qui marche très bien et n'a pas de renversement du talon. Ce qui m'a paru expliquer ce beau résultat, c'est l'atrophie des muscles du mollet et la vigueur du jambier antérieur; en outre, c'est que l'amputation a été faite avec deux lambeaux. Marcelin Duval et les chirurgiens de la marine opèrent en faisant deux lambeaux, un supérieur et un inférieur un peu plus long, et ils font la suture des tendons coupés. Par ce moyen on peut espérer la réunion des tendons au moignon, et on a alors une bonne opération.

M. Berger dit qu'il ne faudrait pas prendre les observations données par les Allemands et en particulier par Max Schede comme étant toutes des cas d'amputation de Chopart. Un bon nombre de ces observations relatent des amputations faites notablement en avant du calcanéum et de l'astragale.

M. Perrin demande combien de temps après l'amputation les résultats ont été constatés. Ce détail a une très grande importance. Les amputations de Chopart donnent d'abord un bon

résultat, mais si on suit les opérés, on voit que leur moignon s'ulcère et finalement on est obligé de les réamputer.

Les conclusions du rapporteur, de déposer aux archives le mémoire de M. Larger, d'adresser des remerciements à l'auteur etde l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, sont mises aux voix et adoptées.

Lecture.

M. Nepveu, candidat au titre de membre titulaire, lit un mémoire sur les *tumeurs mélaniques du rectum et de l'anus.*

La séance est levée à 5 heures. La société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 4 février 1880.

Présidence de M. de Saint-Germain, vice-président.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques se publiant à Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, les *Archives de médecine*, le *Bulletin médical du Nord*, le *Lyon médical*, le *Bulletin de Thérapeutique*, l'*Alger médical*, la *Revue scientifique;*

3° La *Gazette médicale Italienne-Lombarde*, le *Journal d'Athènes*, le *Bristish medical*, les *Annales brésiliennes de médecine.*

4° *Du spasmes de l'urèthre*, par le Dr Esmarch, de Vienne;

5° *Appareils et instruments de l'art médical*, par le Dr Gruby.

M. le président annonce que M. Monteils, député de la Lozère, membre correspondant, assiste à la séance.

Discussion sur la mobilisation et l'immobilisation des articulations malades. (Suite.)

M. Desprès. Je pensais que la société, laissant à M. Verneuil la responsabilité des opinions qu'il a émises ici, n'ouvrirait pas de

discussion à ce sujet, et je ne m'étais point fait inscrire. La société en a jugé autrement, et plusieurs d'entre nous ont exprimé leur opinion. Je crois alors devoir dire la mienne, et je désire m'élever de toutes mes forces contre la conclusion de la seconde partie du travail de M. Verneuil.

Vers 1830, un prince qui avait été traité par un chirurgien pour une entorse suivie d'arthrite et de raideur articulaire, traînait. Le chirurgien, qui n'était ni Dupuytren ni Boyer, avait dit que cela s'arrangerait avec le temps. Cela ne s'arrangeait pas. Un masseur ou rebouteur mobilisa et massa l'articulation raide. Le malade marcha. Les classes dirigeantes crièrent au miracle, et les masseurs devinrent des autorités près de ces classes, dites dirigeantes, qui sont le pabulum de toutes les spécialités, voire même de tous les charlatans. Les chirurgiens lâchèrent alors la proie pour l'ombre. La science qui était absolument faite sur la cause et les moyens préventifs des fausses ankyloses, a été dérangée. De là sont nées la néfaste machine Louvrier, les malheureuses machines à mouvement de l'école de Lyon, et une détestable thérapeutique des tumeurs blanches, contre laquelle M. Verneuil, après d'autres chirurgiens, s'est justement élevé. Ceux qui étaient chargés de l'enseignement de la jeunesse, ont ensuite adopté une pratique mixte : c'est celle que nous avons vu appliquer. Elle consistait, par exemple, à traiter les tumeurs blanches par l'immobilisation, et lorsque les douleurs avaient cessé, par le redressement brusque et forcé de la fausse ankylose consécutive. J'ai vu les désastres que causait cette pratique, et c'est alors que je suis remonté au meilleur livre de chirurgie que nous possédions, où j'ai appris ce que je sais de mieux sur les ankyloses.

Mais j'aborde la discussion sans reprendre les arguments de M. Verneuil, comme plusieurs de nos collègues l'on fait. Et d'abord, je ferai remarquer que M. Verneuil a choisi son terrain, qu'il a prêté à ses adversaires des opinions qui ne sont nullement les leurs. Nous n'avons pensé, avec personne, que l'ankylose osseuse vraie pût être la suite d'une arthrite, d'une fracture ou d'une entorse. Nous croyons tous que nous avons à redouter des ankyloses fausses à la suite des maladies articulaires, et voici comment s'exprimait Boyer, l'auteur auquel je faisais tout à l'heure allusion : « Les ligaments et les tendons toujours retenus dans la même position se conforment à cette manière d'être, ne conservent plus que la longueur nécessaire à ce nouvel état et contractent une rigidité qui les empêche de se prêter aux mouvements que nécessitent les articulations. » Cela est la vérité, et il n'est pas besoin d'invoquer ici la périarthrite pour dire que, dans ce cas, la cause de la raideur est en dehors de l'articulation; les ligaments

font partie des articulations. Je dirai que cette variété d'ankylose, est le fait de l'immobilisation simple d'une articulation. Il était jadis de notoriété publique que les Fakirs de l'Inde, qui restent des mois dans la même attitude contemplative, avaient des articulations ankylosées. Je veux bien concéder à M. Verneuil qu'il n'y avait point d'ankylose osseuse, mais il accordera bien qu'il y avait fausse ankylose et qu'il y avait quelque part, dans l'article, quelque chose qui s'opposait au rétablissement des mouvements, et ce quelque chose, c'est la lésion dont parle Boyer.

M. Verneuil, étendant ses propositions à toutes les maladies articulaires qui peuvent être suivies de raideurs des articles, a abusé de la généralisation. Il faut faire une grande différence entre toutes ces maladies articulaires. Ce qui est vrai pour les unes, est absolument faux pour les autres.

J'élimine ici les plaies articulaires où l'on fait toujours ce que l'on peut, où les ankyloses sont presque toujours fatales, et où le hasard seul permet quelquefois d'obtenir la guérison d'une plaie régulière, avec conservation des mouvements. Prenons les tumeurs blanches. Oui, Messieurs, il y a des tumeurs blanches que l'on est heureux de voir aboutir à l'ankylose. Boyer l'avait dit et il avait très bien fait remarquer que, dans ces cas, il fallait s'abstenir de mobiliser l'article, de peur de réveiller l'inflammation. Les tumeurs blanches de ce genre sont des maladies où les os et les parties molles sont malades. Pénétré de la justesse de la remarque de Boyer, depuis que je fais de la chirurgie, j'ai toujours, et de propos délibéré, cherché à *produire l'ankylose* dans les tumeurs blanches; j'en préviens les malades et je mets le temps nécessaire. Ce traitement est absolument efficace, et s'il ne réussit pas toujours pour les tumeurs blanches coxofémorales ou coxalgies, c'est que nous n'avons pas le moyen d'appliquer sur l'articulation, d'une manière suffisante, les appareils qui réussissent si facilement sur des articulations plus petites et plus accessibles. C'est ce que j'ai exposé dans ma chirurgie journalière il y a déjà plus de 3 ans. Il faut donc, dans ce cas, faire une bonne immobilisation, sans se préoccuper du rétablissement ultérieur des mouvements ; là, je suis d'accord avec M. Verneuil, mais je lui dirai que l'immobilisation dans les gouttières est insuffisant. Je répéterai ce qu'a dit ici notre collègue, M. Tillaux, l'immobilisation avec l'appareil ouaté est la meilleure, parce que, à l'immobilisation, on joint la compression, qui est un facteur des plus importants dans la guérison des tumeurs blanches; mais il faut y ajouter encore une précaution (et je dis cela pour nos élèves), un bon appareil ouaté sur un membre atteint de tumeur blanche doit remonter très haut, aussi haut que possible

au-dessus de l'articulation malade, et descendre jusqu'à son extrémité. Tout appareil qui n'est pas fait de la sorte, n'immobilise pas suffisamment les parties. C'est grâce à ce traitement que nous évitons à nos malades ces résections et ces amputations que l'on prodigue à l'étranger avec tant de libéralité et que nous faisons si peu. Je vous le disais à propos de la discussion sur le pansement de Lister, et M. Tillaux vous l'a répété encore il y a peu de jours.

Mais s'il y a des tumeurs blanches que nous cherchons à guérir par l'ankylose, il en est d'autres moins graves, les synovites fongueuses franches, que nous immobilisons sans redouter l'ankylose. Quand nous avons appliqué sur ces synovites l'appareil ouaté de Burgreave, pendant 10 à 15 mois, quand les malades se servent de leur membre sans en souffrir, nous enlevons l'appareil et nous trouvons que l'articulation a conservé quelques mouvements. Là, nous nous arrêtons, nous laissons le malade tranquille ; puis, lorsque les mouvements communiqués ne sont pas douloureux, nous mobilisons avec les mains et nous montrons au malade à se mobiliser. Il y a beaucoup de malades de cette sorte qui ont été guéris ainsi. Ces tumeurs blanches simples, vous voyez que nous les mobilisons, et je pense que ce sont celles-là que M. Le Fort mobilise avec les machines, après que la période douloureuse est passée. Mais je ne crois pas que ni lui ni d'autres aient mobilisé avec succès une ankylose consécutive à une tumeur blanche, de forme osseuse, avec des machines.

M. Le Fort. Je n'ai jamais dit cela.

M. Desprès. Alors c'est pour le mieux, nous sommes absolument du même avis.

Il y a des ostéites juxta-épiphysaires à forme chronique, et je veux parler de celles-là seulement qui sont accompagnées de gonflement articulaire et qui doivent être traitées par l'immobilisation et surtout la compression. Ici l'ankylose n'est nullement à craindre, parce que l'on ne laisse pas plus de deux mois les appareils. Quand la douleur a disparu et quand l'appareil est enlevé, on trouve l'articulation libre et les mouvements des articulations n'ont presque rien perdu. Cela tient à ce que la lésion articulaire, dans ce cas, est une hydarthose chronique, et que, à moins d'erreur de diagnostic, personne ne peut dire qu'il ait vu une ankylose consécutive à une hydarthrose.

J'arrive aux arthrites. C'est ici que je dois surtout m'élever contre la proposition de M. Verneuil : abandonner le rétablissement des mouvements à la mobilisation naturelle unie à l'électrisation des muscles. Il y a des arthrites rhumatismales, des arthrites des femmes enceintes et des arthrites traumatiques sans plaies liées

à des entorses, des contusions de l'article, ou des fractures intra-articulaires insaisissables. Chacune de ces arthrites expose à l'ankylose, et je dis que si elle survient, c'est parce que le chirurgien n'a pas mobilisé l'article après la guérison de l'inflammation. J'ai traité des malades qui n'avaient pas été mobilisés pendant la convalescence d'une arthrite du poignet, et qui ont eu une ankylose incurable. Le chirurgien avait dit : cela s'arrangera avec des douches et les eaux d'Aix. Rien ne s'est arrangé : il manquait la mobilisation. Je n'ai, jusqu'ici, subi aucune ankylose pour des arthrites rhumatismales franches, parce que j'ai toujours mobilisé.

Dans les arthrites des femmes enceintes, l'ankylose n'est pas aussi à redouter qu'on l'a dit. On sait que ces arthrites, qui se développent au cours de la grossesse, reçoivent du fait de l'accouchement une impulsion vers la guérison, et à la fin de la période puerpuérale, le mal se termine généralement. Je n'en veux pour preuve que l'observation même citée par M. Verneuil. Mais il y a exceptionnellement de ces arthrites qui, après quatre à six mois d'immobilisation, menacent de se terminer par ankylose, si le chirurgien ne mobilise pas l'article pendant la convalescence. J'ai observé une malade de ce genre qui avait une arthrite du genou survenue au sixième mois de la grossesse. J'ai immobilisé et comprimé; après l'accouchement, le mieux s'est de suite dessiné. Deux mois après l'accouchement, j'enlevai l'appareil ; il y avait des mouvements. Je mobilisai. Mais la malade était jeune, elle voulut partir malgré mon avis. Elle compta sur la mobilisation naturelle, que juge suffisante M. Verneuil. Six mois après, elle avait une ankylose rectiligne, incurable, sur laquelle je voudrais que les machines de M. Le Fort puissent produire quelque effet.

Dans les arthrites traumatiques, l'ankylose ou raideur articulaire est rarement à craindre, pourvu que l'on n'immobilise pas indéfiniment une articulation. On dira sans doute : Mais où est le criterium? Quand faudra-t-il cesser l'immobilisation et commencer les mouvements? Je vais vous le dire. Lorsque vous avez placé un appareil inamovible convenable, au bout de quinze jours à un mois, les malades ne souffrent plus ; ils marchent sans canne, par exemple, s'il s'agit du genou, vers le deuxième mois. Or, il arrive un moment, au quatrième, sixième ou dixième mois, où le membre joue dans l'appareil. Si les malades en souffrent, il faut mettre un nouvel appareil, mais s'ils n'éprouvent aucune douleur, le mal est guéri. Le jeu qui s'est fait dans l'appareil a laissé l'articulation exécuter quelques mouvements, et il n'y a plus qu'à les perfectionner, par la mobilisation, aussitôt qu'on a enlevé l'appareil ouaté.

C'est ici le lieu de dire un mot de la mobilisation que nous pra-

tiquons, c'est-à-dire la mobilisation chirurgicale. Boyer, qui a dit tout ce qui a été dit ici de bon de part et d'autre, n'a pas manqué d'écrire qu'il fallait, dans toutes les maladies articulaires qui peuvent être suivies d'ankylose, « faire tous les jours des mouvements gradués et ménagés aussitôt que l'état de la maladie le permet ». J.-I. Petit avait dit auparavant la même chose. Oui, Messieurs, il y a mouvements et mouvements, et je me demande si ceux qui ont eu des accidents en mobilisant des articulations, pendant la convalescence d'une arthrite, avaient bien observé cette sage précaution de ménager les mouvements. *Est modus in rebus.* Il ne faut rien forcer ; et l'on ne saurait méconnaître que la main éclairée du chirurgien est le meilleur de tous les agents de mobilisation, mais à la condition que le chirurgien n'exagèrera pas les mouvements et qu'il saura s'arrêter à temps pour reprendre ensuite : c'est là ce que J. Petit et Boyer appelaient des *mouvements ménagés*.

La mobilisation dans les hydarthroses chroniques, et surtout les hydarthroses chroniques qui accompagnent les arthrites sèches, est absolument inutile, parce que jamais ces lésions ne sont suivies d'ankylose ; on voudrait quelquefois l'obtenir, mais cela est impossible. Il est même difficile de faire marcher les malades atteints d'arthrite sèche du genou ou de la hanche, autrement qu'avec un appareil silicaté ou un appareil à tuteur. J'ai vu le descendant d'un grand physicien anglais, qui avait consulté tous les chirurgiens de l'Europe, bu de toutes les eaux minérales de l'Europe, et qui avait une hydarthrose dans une arthrite sèche depuis des années. Tout avait été fait. Loin de redouter pour lui l'ankylose, je lui ai prescrit un appareil de renfort à sa commodité pour soutenir son genou, et il en est toujours là.

Les fractures sont susceptibles de causer l'ankylose : « Les fractures, même les plus simples, laissent toujours à leur suite, dans les articulations du membre qui en a été le siège, une raideur plus ou moins grande, et qui est quelquefois portée assez loin pour mériter le nom d'*ankylose*. Dans les fractures simples de la partie moyenne des os, cette raideur dépend uniquement de l'immobilité dans laquelle le membre a été tenu durant le temps nécessaire à la consolidation de la fracture, et n'est jamais assez considérable pour exiger d'autres moyens que les mouvements que l'on imprime au membre par degrés, aussitôt que le cal a acquis assez de solidité. » Ces paroles de Boyer sont la sagesse même. Que l'on me trouve quelque chose de mieux dit. Le reste du chapitre est écrit avec le même bon sens, et c'est là que les jeunes chirurgiens ont encore le plus à apprendre. C'est au moins le conseil que je me permets de leur donner.

Oui, les fractures sont souvent suivies de raideurs articulaires, les fractures du radius, les fractures de jambe, et cela tient à ce que l'on place des appareils qui causent la raideur articulaire. Prenons, par exemple, la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Il y a des chirurgiens qui placent un appareil plâtré qui prend l'avant-bras et la main, et immobilise le poignet. Si les malades conservent plus de six semaines cet appareil, la raideur du poignet et même des doigts est presque fatale. Il y a des chirurgiens qui placent douze ou quinze jours l'appareil de Nélaton, et laissent ensuite le membre dans l'appareil ouaté deux mois. Et quel appareil? Un appareil qui se termine à la main par un spica de la main, et immobilise, par conséquent, toutes les articulations du poignet et les articulations des doigts. J'ai soigné une dame qui avait été traitée de la sorte. Elle avait conservé une telle raideur qu'elle ne pouvait pas fermer la main. Il a fallu, pendant six mois, mobiliser, et j'ai dû me faire seconder par un artiste en massage. On évite toutes les raideurs, Messieurs, en appliquant l'excellent appareil de Nélaton huit à douze jours, suivant l'âge des malades, et en plaçant ensuite l'appareil ouaté silicaté pendant quatre à cinq semaines. Mais il faut que l'appareil ne soit pas fait comme il est figuré dans la *Petite Chirurgie* de M. Terrier. Cet appareil doit emboîter l'avant-bras comme un tuyau de poêle et laisser la main entièrement libre. Le malade se sert de sa main aussitôt qu'il ne souffre plus. Vers le vingtième jour, il fait tous les mouvements, et toute raideur est ainsi évitée. Ici je ne saurais trop m'élever contre une pratique préconisée par Jarjavay : traiter les fractures du radius par la position. Il faudrait être aveugle pour ne pas voir quel résultat on obtient : vingt jours de douleurs vives! Et quelles déformations! Pour poursuivre un but que vous pouvez atteindre autrement, vous exposez les malades à de véritables difformités. D'ailleurs, je doute que les malades gardent le chirurgien qui ne leur épargne pas la douleur. Cette chirurgie, j'en suis sûr, ne prévaudra jamais, et la mémoire de Jarjavay me pardonnera ce jugement.

Dans les fractures de jambe, surtout celles de la partie inférieure, on évite la raideur articulaire encore par le genre d'appareil que l'on emploie. C'est pour cela que j'ai toujours rejeté les gouttières plâtrées munies de cette pédale qui immobilise le cou-de-pied. L'attelle plâtrée, qui laisse le pied libre, permet au malade de mobiliser lui-même son pied, et le chirurgien peut le mobiliser quand le malade ne le fait pas suffisamment. Aussitôt que les grandes douleurs de la fracture sont calmées, c'est-à-dire vers le dixième jour, le chirurgien doit agir.

Les fractures du coude, de quelque nature qu'elles soient, et j'y

comprends la fracture de l'olécrâne, sont celles qui prédisposent le plus à l'ankylose. J'ai vu, avec feu notre collègue Dolbeau, un malade qui avait une fracture du coude; je n'avais placé qu'une bande roulée sur le coude et le bras dans une écharpe. Dolbeau conseilla un appareil silicaté pendant quinze jours; je ne laissai l'appareil que dix jours. L'ankylose complète en est résultée. Cet exemple confirme les nombreux exemples qui ont été déjà cités. Aussi, pénétré de la vérité de la proposition de Giraldès, que je voudrais voir écrite en lettres d'or dans les traités de chirurgie, j'ai depuis longtemps renoncé à toute espèce d'appareil fixe pour les fractures du coude. Pour les enfants, je place le bras en écharpe et je les fais habiller par-dessus. Au bout de douze à vingt jours, les enfants remuent le coude, souvent plus qu'on ne voudrait, et ils guérissent avec la liberté des mouvements, quelle que soit la fracture, pourvu qu'il n'y ait pas de plaies.

J'ai eu, cette année, dans mon service, trois fractures de l'olérane avec épanchement de sang et écartement des fragments. J'ai placé le bras en écharpe dans l'extension, c'est-à-dire suivant un angle très obtus, la main étant à peu près au niveau de la jonction des cuisses. Deux ont guéri en six semaines, en conservant les mouvements et sans raideur. Un autre avait été traité par un de mes élèves, qui croyait à l'efficacité des appareils. Celui-ci s'était ingénié à faire un appareil construit dans le même esprit que celui de Nélaton. Je laissai faire pour l'instruction des élèves. Le malade mit un mois de plus que les deux autres à guérir, et il eut une raideur articulaire qui nécessita la mobilisation.

Cet exemple a convaincu ceux qui hésitaient encore.

Parlerai-je des raideurs du genou à la suite du traitement des fractures de cuisse par l'extension continue? Vous savez ce qu'il faut de temps pour rétablir les mouvements. Le genou fléchit un peu, abandonnez-le à lui-même, c'est-à-dire à la mobilisation naturelle dont parle M. Verneuil, et vous verrez le malade rester des mois dans cet état, jusqu'à ce qu'un chirurgien y mette la main. Ce chirurgien alors fera des mouvements où il n'emploiera que sa force. Il déchirera des fausses membranes, des brides; et après avoir entendu le craquement qui résultera de leur déchirure, les mouvements gagneront en étendue, et avec le temps, le reste sera obtenu.

Messieurs, la moindre des critiques que j'adresserai à la mobilisation naturelle faite par le malade, aidée ou non de la faradisation, c'est que le malade ne fera jamais ce qu'il serait nécessaire qu'il fît. Jamais un malade ne déchirera une bride qui limite un mouvement. Croire qu'il en sera autrement est une pure illusion. M. Verneuil a vu des raideurs articulaires consécutives à des

inflammations et liées à des adhérences des tendons de la main à leurs gaines; a-t-il vu un malade reprendre seul le jeu des mouvements de ses doigts? Non, il a fallu qu'il aidât le malade, il a fallu qu'il déchirât des brides, et qu'il y mît une certaine force. Eh bien! s'il fait cela pour les tendons, il n'est pas logique s'il ne le fait pas pour les raideurs articulaires. Non, le malade seul ne fera pas ce qu'il faut. La nature est habile, mais ce n'est pas pour cela. Ceci dit, il ne me reste plus qu'à formuler mon sentiment sur les effets de la mobilisation naturelle et sur l'action curative qu'on en peut attendre, et je dirai que la proposition de M. Verneuil est dangereuse, et qu'à mon sens, elle est une hérésie chirurgicale.

M. Marjolin. Je désire répondre en quelques mots à un point de l'argumentation de M. Desprès. Notre collègue croit se rappeler qu'à l'hôpital Sainte-Eugénie, je ne mettais pas d'appareil pour les fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus. Or, j'ai cité précisément l'exemple de deux malades traités en province sans appareil, le membre placé à angle aigu; j'ai eu toutes les peines du monde à redresser ces membres. Ma pratique, à Sainte-Eugénie, était celle-ci : après avoir remis en place les fragments, fait la coaptation, je plaçais autour du membre une bande de flanelle pour maintenir la réduction. Tous les cinq ou six jours, je faisais ensuite exécuter des mouvements.

Rapport.

M. Sée fait un rapport verbal sur une observation de M. Philippe, relative à une *fracture de l'olécrâne,* et propose de déposer le travail dans les archives et d'adresser des remercîments à l'auteur. Adopté.

Communication.

M. Giraud-Teulon. Dans le traitement des fistules lacrymales, l'emploi du couteau de Stilling peut amener des fausses routes; j'ai eu la pensée de mettre à l'abri de ce danger en transformant le dacryotome usité habituellement en *dacryotome caché.* Je mets sous les yeux de la Société cet instrument.

M. Desprès demande à M. Giraud-Teulon s'il possède des observations de guérison après la section d'un rétrécissement du canal nasal. Nous avons tous vu des rétrécissements du canal nasal traités par des procédés divers, et qui ont été guéris pendant trois ou quatre ans. Mais lorsqu'ils s'agit de rétrécissements anciens,

on a toujours des récidives. La section des rétrécissements n'a jamais donné une guérison définitive.

M. Giraud-Teulon. Les résultats généraux des méthodes opératoires sont bien différents selon les cas. La méthode classique ancienne n'a guère été mise en usage que pour des cas presque incurables, dans lesquels il y avait eu des inflammations prolongées; mais les méthodes nouvelles s'emparent du rétrécissement du canal nasal dans sa période de début. Actuellement, c'est lorsque l'épiphora devient gênant, que les malades viennent à la consultation des dispensaires et des cliniques spéciales, et non pas quand ils ont une suppuration du sac et une fistule. Dans ces conditions, sur 100 malades, il y en 80 à 90 qui obtiennent une guérison. Il n'y a plus de nos jours de dacryocystites semblables à celles qui nécessitaient l'emploi de la canule de Dupuytren. Toute dacryocystite, qui n'a suppuré qu'une fois, guérit, aujourd'hui, dans les trois quarts des cas, d'une manière satisfaisante. Les membres de l'Académie de chirurgie avaient une idée fausse sur le fonctionnement du canal nasal, qu'ils considéraient comme un siphon. Aussi évitaient-ils de toucher aux points et aux conduits lacrymaux; ils se contentaient d'inciser le sac lacrymal. Plus tard, en fendant les conduits lacrymaux, on obtint des guérisons. Bowmann imagina de passer des sondes par cette incision et par une ouverture faite sur la muqueuse. Le plus souvent l'incision du conduit lacrymal reste béante, parce que ce conduit est bordé par des anses musculaires, qui viennent du muscle de Horner, et qui maintiennent l'écartement des bords de l'incision. Stilling a apporté un nouveau perfectionnement à la méthode de traitement en sectionnant le rétrécissement. Depuis lors, le nombre des guérisons est beaucoup plus considérable.

M. Berger. Il y a deux espèces de résultats à constater : 1° la guérison de la dacryocystite ; 2° la guérison de l'épiphora. En ce qui concerne l'épiphora, j'ai entendu M. Panas affirmer qu'il avait obtenu une guérison absolument complète et durable par l'incision du conduit lacrymal inférieur, la section du rétrécissement et la dilatation.

M. Desprès. Il s'agit de savoir à quelle espèce de rétrécissement on avait affaire dans le cas de M. Panas. Si on a affaire à une inflammation franche, on guérit. J'ai aussi guéri, dans ce cas, par l'incision du sac lacrymal et la dilatation; mais quand il y a une cicatrice ancienne dans le canal nasal, il n'y a pas d'exemple, jusqu'à ce jour, d'une guérison définitive. Malgaigne disait qu'il était impossible de guérir par l'incision de ces tissus fibreux et

adhérents à l'os, et raillait Gerdy qui, le premier, avait proposé la section des rétrécissements du canal nasal.

M. Perrin. Il se rencontre, dans le traitement des rétrécissements du canal nasal, deux conditions absolument différentes : le rétrécissement a une origine inflammatoire et aboutit à un épaississement de la valvule de Béraud, ou le rétrécissement est produit par un épaississement du périoste.

On guérit la première variété de rétrécissement, mais on ne la guérit pas par tous les traitements, comme le dit M. Desprès. Le procédé de Bowmann a fait faire un grand pas à leur thérapeutique, et je me joins à M. Giraud-Teulon pour dire que leur guérison s'obtient dans la grande majorité des cas. Quand les rétrécissements sont réfractaires à la dilatation, M. Stilling a imaginé d'en faire la section. J'ai fait cette section et je n'en ai obtenu aucun résultat. Je n'en ai pas été étonné, parce qu'il n'y a pas les mêmes éléments de succès que dans le canal de l'urèthre. En effet, il y a, dans le canal nasal, le périoste et l'os qui empêchent une dilatation persistante, et je n'ai rien obtenu par l'introduction d'un dilatateur.

M. Desprès disait : Quand il y a un abcès dans le sac et une fistule, on passe par la fistule et on dilate le canal; on peut très bien guérir par cette voie. Mais le progrès immense du traitement, c'est d'empêcher la production de la fistule, et on peut y arriver en incisant le conduit lacrymal.

M. Giraud-Teulon. Je suis presque complètement d'accord avec M. Perrin. Le seul point qui nous sépare est l'appréciation de la valeur relative du procédé de Stilling. Avec le plus grand nombre des chirurgiens, je considère l'insuccès comme exceptionnel par ce procédé. J'appelle l'attention sur ce point, qu'après la section, on peut immédiatement passer des sondes plus volumineuses que si l'incision n'avait pas eu lieu. Cependant je crois qu'il y a des cas où le rétrécissement se reproduit. J'ai moi-même été déçu quelquefois en voyant reparaître le larmoiement. Il n'en reste pas moins vrai que la section du rétrécissement constitue un grand progrès dans le traitement des dacryocystites.

Elections.

A quatre heures et demie la Société nomme deux *commissions* pour choisir le sujet des questions qui seront proposées pour les prix Demarquay et Gerdy.

MM. Sée, Giraud-Teulon, Verneuil, Trélat et Tarnier sont nommés pour le prix Demarquay.

MM. Duplay, Perrin, Berger, Guyon et Terrier sont nommés pour le prix Gerdy.

En outre, une commission est tirée au sort par le Président pour vérifier les comptes du trésorier. Les noms tirés sont ceux de MM. Tarnier, Terrillon, Perrin, Lucas-Championnière et Périer.

Communication.

M. Duplay fait une communication sur le sujet suivant :

Fistule urétéro-vaginale. Difficultés du diagnostic. Opération. Mort.

Le diagnostic d'une fistule urétéro-vaginale simple et unilatérale paraît être considéré par la plupart des auteurs comme assez facile. Il se fonde sur les symptômes suivants :

1° Un stylet introduit dans l'orifice fistuleux ne pénètre pas dans la vessie pour y rencontrer la sonde, mais est conduit forcément de côté et en arrière ; on sent qu'il ne parvient pas dans une cavité où l'on peut le faire mouvoir dans tous les sens, mais qu'il est serré par les parois d'un tube qui le maintiennent dans une position fixe.

3° Si l'on pratique une injection forcée dans la vessie avec de l'eau, du lait ou un liquide coloré quelconque, ce liquide ne reflue pas par la fistule.

4° Enfin, en même temps qu'il se produit un écoulement continu ou intermittent d'urine par la fistule dans le vagin, la malade conserve le besoin en même temps que la faculté de rendre de l'urine par le méat.

Ce dernier symptôme n'a certainement qu'une valeur relative, certaines malades, affectées de fistule vésico-vaginale à trajet étroit et tortueux, possédant encore la faculté de garder une certaine quantité d'urine dans la vessie, et de l'expulser volontairement par l'urèthre ; les deux premiers symptômes, résultant d'une constatation physique, semblent bien, au contraire, tout à fait pathognomoniques d'une fistule urétéro-vaginale.

Or, j'ai eu récemment l'occasion d'observer un cas, dans lequel l'exploration, à l'aide du stylet et à l'aide des injections colorées, m'a complètement induit en erreur et m'a amené à conclure à l'existence d'une fistule vésico-vaginale, alors qu'il s'agissait d'une fistule urétéro-vaginale. Voici le fait:

La nommée G..., âgée de 34 ans, entre dans mon service de l'hôpital

Lariboisière le 8 octobre 1879. Mariée il y a 4 ans, elle eut un premier accouchement à terme et normal, dix-huit mois après son mariage. Quinze mois plus tard, nouvelle grossesse, terminée par un accouchement pénible, ayant nécessité, après huit heures de travail, l'application réitérée du forceps. Les suites de couches paraissent avoir été graves; la malade garda le lit pendant un mois. Dans les premiers jours elle dut être sondée; puis au bout de 5 à 6 jours, le gonflement des parties ayant disparu, on s'aperçut que l'urine s'écoulait involontairement par le vagin. Cet état ayant persisté depuis lors (l'accouchement a eu lieu il y a un an), la malade vient nous consulter.

Quoiqu'il y ait un écoulement incessant d'urine par le vagin, cependant la malade nous affirme qu'elle éprouve encore de temps en temps le besoin d'uriner et qu'elle y satisfait comme à l'état normal. Sa santé est d'ailleurs bonne ; les règles sont revenues depuis dix mois.

Par l'examen du spéculum de Sims, la malade étant couchée sur les coudes et les genoux, on constate sur le côté gauche de la paroi vésico-vaginale, dans l'angle rentrant formé par cette paroi et la paroi latérale du vagin, à un demi-centimètre environ du col utérin, une petite ouverture, de forme allongée, assez profondément enfoncée, qui admet un stylet de trousse ou même une sonde cannelée ordinaire.

L'introduction de l'instrument est assez difficile, mais on parvient à l'avancer de 5 ou 6 centimètres, et il est évident qu'il pénètre dans la vessie.

D'ailleurs sa pénétration est indiquée par l'issue d'une quantité notable d'urine à travers la fistule.

Une injection de lait ayant été pratiquée à l'aide d'une sonde dans la vessie, on voit ce liquide refluer en abondance par l'ouverture fistuleuse.

Je portai le diagnostic de fistule vésico-vaginale à trajet oblique et très étroit, et je conçus l'espoir qu'il serait possible d'obtenir son oblitération par la cautérisation combinée avec la sonde à demeure.

18 *octobre*. Cautérisation avec le thermocautère.

25 *octobre*. L'eschare n'est pas encore tombée complètement. Il semble que tous les points de la fistule n'ont pas été atteints par la cautérisation.

4 *novembre*. Nouvelle cautérisation très énergique avec le galvanocautère.

18 *novembre*. L'eschare est tombée, l'ouverture fistuleuse parait notamment agrandie. Aussi pensai-je qu'il serait utile d'en rapprocher les bords par la suture. Trois points de suture métallique sont passés à l'aide d'une aiguille tubulée, et la fistule parait complètement oblitérée, l'injection forcée de lait dans la vessie ne refluant plus par le vagin. Sonde à demeure.

Les premiers jours qui suivirent cette petite opération se passèrent sans accident; cependant la malade affirmait qu'elle perdait encore de l'urine par le vagin.

Vers le 5e jour, il survient des frissons, de la fièvre avec des douleurs vives du côté du ventre qui commence à se ballonner. En même temps, on constate de la rougeur à la vulve, s'étendant vers l'aine

gauche et s'accompagnant de gonflement douloureux des ganglions inguinaux.

L'état général va chaque jour en s'aggravant ; le ventre devient de plus en plus douloureux et le météorisme augmente, s'accompagnant de vomissements biliaires et de diarrhée ; enfin la mort survint le 29 novembre.

Autopsie. A l'ouverture du ventre il s'écoule une notable quantité d'un liquide séro-purulent et l'on constate tous les signes d'une péritonite généralisée.

Le foie est graisseux, très friable. Sous la capsule il existe plusieurs petits foyers hémorrhagiques. Les reins sont un peu atrophiés, granuleux à la surface, ramollis, graisseux, avec quelques petites hémorrhagies, mais sans apparence de suppuration.

Les plèvres sont adhérentes, les poumons fortement congestionnés.

Épanchement séro-sanguinolent dans le péricarde, mais sans lésions de la péricardite.

Le cœur droit renferme des caillots mous, noirâtres ; la surface interne du cœur et des gros vaisseaux est colorée en rouge sombre.

Examen des organes génito-urinaires. Le vagin étant incisé, on trouve l'ouverture fistuleuse placée à environ 8 millimètres à gauche du col utérin, qui a subi à ce niveau une déchirure dont on reconnaît la cicatrice. Le point de suture supérieur a déchiré les tissus, ce qui explique la persistance de l'écoulement de l'urine par le vagin.

En incisant la vessie, on constate que ses parois sont revenues sur elles-mêmes et que sa capacité est très diminuée. La muqueuse ne présente aucune trace d'inflammation. Mais ce qui nous surprend le plus, c'est qu'il est impossible de découvrir la moindre ouverture anormale.

Examinant alors, par le vagin, l'orifice fistuleux, on constate qu'une sonde introduite par cet orifice pénètre dans une petite cavité anfractueuse, capable de recevoir l'extrémité du petit doigt, dont les parois sont formées par du tissu cellulaire épaissi, lardacé; cette cavité répond manifestement à une solution de continuité à peu près complète de l'uretère gauche, car une sonde introduite par l'ouverture vésicale de cet uretère pénètre après un court trajet dans cette cavité anormale, où vient aboutir, d'autre part, le bout supérieur de l'uretère qui paraît retréci à ce niveau. La distance qui séparait l'orifice fistuleux de l'uretère de son abouchement normal dans la vessie était seulement de 6 à 7 millimètres, ce qui explique, d'une part, la possibilité de faire pénétrer par l'orifice fistuleux un stylet dans la vessie, l'instrument s'engageant dans la

petite portion restante de l'uretère ; et d'autre part, le reflux du liquide par l'ouverture fistuleuse de l'uretère située presque sur la paroi vésicale.

Nous n'avons pu trouver, par l'autopsie, la raison des accidents qui ont entraîné la mort de la malade et qui me paraissent de nature septicémique.

L'intérêt principal de ce fait réside dans la difficulté du diagnostic, difficulté telle qu'après y avoir réfléchi, je suis encore à trouver un symptôme qui m'aurait permis d'éviter l'erreur dans laquelle je suis tombé.

M. Verneuil demande à M. Duplay si le rein du côté de la fistule était altéré, si l'uretère correspondant était dilaté, et s'il y avait de l'albuminurie. Il rappelle que les maladies des reins causent fréquemment la mort, et que les lésions rénales suffisent à expliquer le dénouement fatal dans le cas de M. Duplay.

Je vois avec satisfaction que M. Duplay a adopté une pratique qui nous vient des chirurgiens belges et italiens, et qui donne de très bons résultats, c'est la réunion immédiate secondaire.

M. Trélat admet que les affections rénales aggravent incontestablement le pronostic ; mais il ne voit pas le rôle que l'uretère peut avoir dans cette aggravation.

M. Verneuil. Lorsque les uretères s'ouvrent sur la circonférence de la fistule vésico-vaginale, leur orifice est emprisonné dans le tissu inodulaire. Il en résulte une dilatation de l'uretère, une hydronéphrose et une néphrite dont les opérées meurent.

M. Trélat. Je suis surpris de voir M. Verneuil être aussi affirmatif sur l'origine de la méthode de la réunion secondaire. C'est Lallemand qui est le véritable auteur de cette méthode. M. Couzeau, de Saint-Malo, M. Deneffe, de Gand, M. Amabile, de Naples, ne sont que des imitateurs de Lallemand.

M. Verneuil. La réunion immédiate secondaire a certainement une origine ancienne ; mais elle se faisait avec des instruments ou des pansements unissants. Ce qui constitue, pour moi, le procédé nouveau, c'est la suture métallique des bords d'une plaie bourgeonnante. Lallemand cautérisait les bords de la fistule et employait des instruments unissants, mais il n'employait pas la suture. Après lui, Jobert imagina la méthode de l'avivement suivi de la suture. Puis viennent les Américains qui apportent à l'avivement et à la suture des perfectionnements qui donnent à leur méthode une grande supériorité. Enfin, M. Hobbart, après avoir avivé par les caustiques, fait la suture métallique. Cette dernière méthode es excellente dans un certain nombre de cas.

M. Trélat. L'idée originale de cette méthode appartient à Lallemand. Il faisait l'avivement de la fistule avec le nitrate d'argent, et rapprochait les bords avec la griffe unissante. Après lui, M. Couzeau remplace la griffe par les épingles et la suture entortillée. M. Deneffe emploie les fils, et M. Amabile se sert de fourchettes. Tous ces procédés ne sont que des variantes de la même méthode.

M. Duplay répond à M. Verneuil qu'il n'y avait ni dilatation de l'uretère, ni altération du rein correspondant au côté où siégeait la fistule. L'opération n'a pas eu pour effet d'oblitérer l'uretère. Dès le second jour, la fistule s'est rétablie. La septicémie paraît s'être produite sous l'influence du mauvais état des viscères.

Lecture.

M. Pozzi, candidat à la place de membre titulaire, lit deux observations : l'une relative à *une amputation sus-malléolaire*, l'autre à *une amputation de Lisfranc, chez deux aliénés*, et présente les malades qui ont subi ces opérations.

Ce travail est renvoyé à la commission déjà nommée et composée de MM. Marjolin, Guyon et Desprès.

Le séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire annuel,

Polaillon.

Séance du 11 février 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires paraissant à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Lyon médical*, le *Journal des sciences médicales de Lille*, le *Marseille médical*, la *Revue médicale de l'Est*, le *Recueil d'ophtalmologie,* la *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, la *Société des sciences médicales de Gannat*, la *Gazette médicale de Strasbourg;*

3° Le *British medical*, le *Practitioner*, la *Gazette médicale italienne-lombarde*, le *Journal international des sciences médicales de Naples;*

4° *Traité des opérations d'urgence*, par M. Louis Thomas, membre correspondant, présenté par M. Verneuil;

5° *Histoire médicale et chirurgicale de la guerre de rébellion*, 2e partie, 1er volume.

M. le président annonce que M. Houzé de l'Aulnoit, membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil. Depuis qu'on emploie les caustiques on a fait des tentatives de réunion immédiate secondaire; mais les anciennes sutures et les instruments unissants ne sont plus à la hauteur de la science. J'ai essayé ces instruments, sans réussir, parce qu'il faudrait avoir sous la main tout un arsenal d'instruments unissants, pour en trouver qui puissent convenir au moment où on veut les appliquer. Au contraire, avec l'aiguille de Sims et le chasse-fil, nous avons tout ce qui est nécessaire pour la réunion, comme lorsqu'il s'agit d'une suture ordinaire.

Mais quel avantage a-t-on à faire la réunion immédiate secondaire, puisque, avec la méthode américaine, qui est très supérieure à toutes les autres, on peut guérir d'emblée?

L'avivement des bords de la fistule, dans la méthode américaine, est un temps difficile et délicat. Je peux en parler avec une certaine compétence, car je suis à ma 112e opération de fistule vésico-vaginale. En outre, cet avivement est assez dangereux. M. Horteloup a cité un cas d'hémorrhagie grave pendant l'avivement. Dans un cas semblable, j'ai été obligé d'abandonner l'opération et la malade est morte. L'écoulement du sang m'a considérablement gêné au moins une douzaine de fois.

Tout le monde a certainement remarqué qu'en faisant un avivement d'un centimètre sur les bords d'une fistule, on en augmente singulièrement l'étendue, et alors, au lieu d'avoir 4 ou 5 points de suture à placer, on en a 8 ou 9. Or, comme ces points de suture sont difficiles à placer et exigent, pour chacun d'eux, 8 ou 10 minutes, l'opération en devient plus longue et plus pénible.

Lorsque les fistules sont allongées transversalement, l'avivement de leurs extrémités latérales est très laborieux et le passage des fils à suture très difficile.

Au danger de l'hémorrhagie, à l'agrandissement du champ opé-

ratoire, à la difficulté de l'exécution, s'ajoute encore une autre considération, c'est la mauvaise constitution des sujets, qui empêche une réunion immédiate après l'avivement sanglant. Une jeune femme, qui avait été opérée deux fois par M. Delens, et qui n'avait pas été guérie, vint me trouver. Elle avait une affection rénale, ce qui expliquait l'insuccès de ses opérations. J'eus l'idée d'employer la cautérisation avec le thermocautère. La guérison eut lieu. Depuis ce fait, j'ai employé fréquemment tantôt le thermocautère, tantôt les caustiques (une baguette de bois trempée dans l'acide sulfurique pur) pour opérer les fistules vésico-vaginales.

Cependant, après la cautérisation, il ne faut pas procéder trop vite à la suture. La tendance des granulations à se réunir ne se produit pas dans les premiers jours. Il ne faut même pas se préoccuper s'il y a un commencement de formation d'épithélium à la surface de la plaie, car on n'a qu'à gratter cette couche épithéliale pour faire un avivement. On a alors le grand avantage de n'être pas gêné par le sang pendant que l'on exécute la suture. J'ai dans mon service une malade qui avait une fistule vésico-vaginale énorme, à grand diamètre transversal. J'en ai cautérisé les bords avec le thermocautère, et sur cette large ouverture j'ai appliqué seulement trois points de suture. La guérison a eu lieu sans fièvre.

Un dernier avantage de la réunion immédiate secondaire consiste à pouvoir opérer presque coup sur coup, si l'on échoue une première fois. Une dame vint me consulter pour une fistule vésico-vaginale, qui avait été opérée en province, mais l'urine coulait toujours par un petit orifice. J'opérai ce reste de fistule par le procédé américain ordinaire, et je réussis. Mais je m'aperçus bientôt que l'urine coulait par une autre petite fistulette. J'opérai de nouveau cette fistule, mais sans succès. Comme cette dame avait absolument besoin de retourner dans son pays et qu'elle ne pouvait attendre que je fisse une nouvelle opération, j'avivai la fistule avec un grattoir et j'en suturai les bords. Cette fois le succès fut complet.

Enfin, pour les praticiens ordinaires, la réunion immédiate secondaire est beaucoup plus simple et plus facile à exécuter.

M. Périer. J'ai appliqué ce procédé dans un cas de fistule recto-vaginale et j'ai obtenu une guérison, sauf une légère fistulette.

M. Anger. Dans un cas où, après une opération de fistule vésico-vaginale, il était resté un petit pertuis au niveau d'un fil d'argent, j'ai essayé de guérir en employant le thermocautère; mais je n'ai fait qu'agrandir le pertuis. J'ai fait alors la suture secondaire avec

deux fils d'argent; mais j'ai échoué. J'ai fait plus tard une opération par le procédé américain et j'ai guéri.

Discussion sur la mobilisation et l'immobilisation dans les maladies articulaires. (Suite.)

M. Le Fort. — Messieurs, de l'ensemble du travail que nous a communiqué M. Verneuil, il semble résulter que, dans l'opinion de notre collègue, c'est une erreur que de chercher à mobiliser les articulations malades dans le but d'éviter l'ankylose; car, l'immobilisation, quelque prolongée qu'elle soit, ne pouvant par elle-même déterminer l'ankylose, et celle-ci n'étant, au contraire, que le résultat des désordres amenés par l'inflammation, le meilleur moyen d'éviter l'ankylose, c'est de prolonger l'immobilisation, puisque l'immobilité est pour les articulations enflammées le meilleur antiphlogistique.

Si j'interviens dans ce débat, c'est que je crois extrêmement dangereuses les propositions émises par M. Verneuil. Pour employer son expression, je suis *ankylophobe*, et j'ai tout lieu de craindre que, si ses idées n'eussent pas été combattues, comme elles l'ont déjà été à cette tribune par plusieurs de nos collègues, à côté de la classe des ankylophobes, classe heureusement des plus nombreuses, il s'en élèverait une autre, celle des *ankylophiles*.

Lorsqu'il s'agit d'un clinicien de la valeur de M. Verneuil, les opinions thérapeutiques, en apparence les plus dangereuses, sont tellement tempérées dans la pratique par la prudence, la sagacité et l'expérience de leur auteur, que dans ses mains habiles presque tout danger disparaît. Mais, lorsque ces idées sont appliquées par d'autres avec la rigueur que demande le maître, sans que le disciple sache discerner suffisamment les contre-indications, tout le danger subsiste. Lorsque M. Gosselin voulant, à tort suivant moi, conseiller la longue persévérance dans le taxis, introduisit dans le langage chirurgical l'expression *taxis forcé*, il savait quelles limites de temps, de puissance et d'efforts il devait s'imposer dans le taxis. Entre ses mains la méthode perdait une grande partie de son danger; mais, que de morts a amené dans des mains moins habiles l'application rigoureuse, et souvent exagérée, de la règle posée par le professeur de la Charité!

De même les idées émises par M. Verneuil, en inspirant aux praticiens une fausse sécurité, en les engageant à prolonger outre mesure la durée d'application des appareils inamovibles, pourrait amener bien des malheurs, en privant de nombreux malades de l'usage d'une articulation rendue rigide, alors qu'on aurait pu lui conserver la plus grande partie de ses mouvements.

J'ai dit tout à l'heure comment je croyais pouvoir résumer les idées de M. Verneuil ; je ne suis pas bien certain que ce résumé soit exact, car la lecture très attentive du travail de notre collègue m'a laissé dans bien des endroits fort perplexe. Sur beaucoup de points, en effet, et là précisément où il semble avoir une pratique qui lui soit absolument personnelle, M. Verneuil suit en définitive la pratique générale.

M. Verneuil crée une classe particulière de chirurgiens qu'il appelle *ankylophobes*. S'il faut entendre par ce mot les chirurgiens qui, suivant ses expressions, « avancent que l'immobilité prolongée d'une articulation peut en altérer la structure jusqu'à y produire l'ankylose, et conséquemment restreignent au temps le plus court cette immobilité, » la classe des ankylophobes renferme tous les chirurgiens, sauf notre collègue et peut-être quelques autres dont les opinions me sont encore inconnues. En effet, il n'est pas un *ankylophobe* qui n'ait le droit de réclamer de prendre place dans la troisième catégorie de M. Verneuil, celle des *éclectiques*, car tous, à l'exemple de Bonnet (de Lyon), « après avoir renfermé pen- « dant un certain temps les jointures malades dans les bandages « inamovibles qui semblent les enraidir, prennent soin, lorsque le « moment leur paraît venu, de les mobiliser artificiellement avec « les mains ou les machines pour y ramener la souplesse » M. Verneuil fait des ankylophobes un portrait peu flatté, mais nullement ressemblant, car il tendrait à nous les représenter comme des chirurgiens un peu trop ignorants. Les ankylophobes, dit-il, « ont « négligé de faire cette remarque banale que les affections arti- « culaires sont trop différentes les unes des autres, pour qu'une « même cause y puisse toujours engendrer les mêmes effets. » Plus loin : « outre la faute qu'ils commettent en plaçant sur le « même niveau toutes les arthropathies, les ankylophobes ont de « plus le tort de confondre les divers genres d'immobilisation arti- « culaire » (p. 499).

Plus loin encore (p. 502), « tandis que nous prenons soin de distin- « guer les causes de l'ankylose en intrinsèques et en extrinsèques « suivant qu'elles résident dans l'articulation ou en dehors d'elle, « tandis que parmi les affections articulaires elles-mêmes, nous « distinguons celles qui donnent souvent ou rarement et celles « qui ne donnent jamais lieu à l'ankylose et que, sur ces notions, « nous établissons une thérapeutique rationnelle, variée comme « les indications à remplir, les ankylophobes opposent invariable- « ment leurs manœuvres à tous les cas, si disparates qu'ils « soient. »

Ce portrait peu flatté pourrait représenter quelque rebouteur, il ne saurait représenter un chirurgien digne de ce nom ni aucun

de nos collègues quelqu'ankylophobe qu'on puisse le supposer.

La plupart des exemples que cite notre collègue dans son travail, n'ont qu'une valeur restreinte dans cette discussion. Ils sont des plus utiles à citer alors qu'il s'agit de montrer aux élèves les dangers d'une mauvaise pratique, mais ils ne pourraient sans injustice être opposés à la pratique ankylophobique des membres de la Société de chirurgie. Que voyons-nous dans les exemples cités par notre collègue? Tantôt les mouvements ont été tentés, alors qu'il y avait encore dans l'articulation un degré notable d'inflammation; tantôt, c'est un enfant atteint de synovite fongueuse du genou dont on renouvelle l'appareil tous les quinze jours, mais en laissant, dans l'intervalle, le membre en liberté pendant quarante-huit heures. Une autre fois, c'est un malade qu'on place dans la gouttière de Bonnet pendant le jour, pour l'en retirer pendant la nuit. Quel est celui d'entre nous, même le plus ankylophobe, qui suive une pareille pratique? que faisons-nous tous, partisans ou adversaires des idées de M. Verneuil, lorsque nous nous trouvons en présence d'une arthrite? Tous nous immobilisons le plus rigoureusement possible l'articulation; à tel point que pour ma part, lorsque la chose est possible, j'immobilise aussi les articulations voisines, et pour le genou, par exemple, j'immobilise en même temps la hanche, afin de mieux protéger le genou contre tout mouvement. Cette immobilisation, nous la prolongeons jusqu'à ce que l'inflammation ait cédé. S'il s'agit d'une arthrite fongueuse, c'est pendant des mois que nous prolongeons l'immobilité, et tout ankylophobes que nous soyons, nous sommes heureux quand nous voyons se produire une ankylose qui est souvent la condition, sans doute regrettable, mais nécessaire et fatale de la guérison. Cependant, si l'arthrite est légère, si, au lieu d'une de ces synovites fongueuses, nous avons affaire à une arthrite rhumatismale, à une arthrite légère suite de contusion, si nous pensons que la guérison peut être obtenue sans ankylose, alors nous cherchons à la prévenir par des mouvements communiqués, mais seulement lorsque nous croyons pouvoir le faire sans danger. Quand ce danger a-t-il disparu? C'est ce que je chercherai à établir, tout à l'heure, d'une manière générale; car c'est au clinicien qu'il appartient, dans chaque cas en particulier, d'apprécier ce moment. Si, cependant, nous nous trompons, si la douleur, en reparaissant, montre que nous nous sommes trop hâtés, que l'inflammation subsiste encore, alors nous revenons à l'immobilité; mais nous y revenons contraints et forcés, car nous savons aussi que, par cette prolongation de l'immobilisation, l'ankylose, de probable qu'elle était, a de grandes chances pour devenir inévitable.

Pour M. Verneuil, les mouvements communiqués ne sont jamais

nécessaires; que dis-je, ils sont nuisibles, et la mobilisation naturelle, c'est-à-dire celle que peut effectuer le jeu spontané des muscles, suffit à combattre les raideurs articulaires, les ankyloses fausses, consécutives à l'emploi d'une mobilisation qu'on peut, cependant, d'après lui, prolonger sans danger. Sur ce point, je suis d'une opinion complètement opposée à celle de notre collègue et l'application de ces idées au traitement de quelques arthropathies, en particulier de beaucoup de coxalgies, donnerait et donne des résultats fort peu satisfaisants. Mais, avant d'entrer plus avant dans l'examen de la question, il est indispensable de bien établir un point sur lequel le travail de notre collègue laisse subsister la confusion. Dans ce travail, M. Verneuil nous parle souvent de l'ankylose, et il semble n'avoir jamais en vue que l'ankylose vraie, c'est-à-dire celle dans laquelle il y a soudure osseuse. Or, il est bien évident et tout à fait indiscutable que, dans une articulation saine et même dans un bon nombre d'arthropathies, l'immobilisation, quelque prolongée qu'elle puisse être, n'amènera pas l'ankylose vraie, la fusion des os contigus au niveau de l'articulation. Si c'est l'acception que notre collègue donne, dans son travail, au mot *ankylose*, nous serons tous d'accord; l'immobilisation d'une articulation saine n'amènera jamais l'ankylose; mais, dans cette discussion, il s'agit aussi des fausses ankyloses et même des simples raideurs articulaires, car, pour le malade, ce qu'il importe, c'est de ne pas perdre en tout ou en partie l'usage d'une articulation. Le malade s'inquiète peu de la nature des lésions anatomiques. Il ne voit que les lésions fonctionnelles et la véritable question se pose ainsi : 1° l'immobilité, longtemps prolongée, compromet-elle sérieusement les mouvements de l'articulation immobilisée ? M. Verneuil dit non, je dis oui. 2° La mobilisation naturelle, spontanée, peut-elle rendre à l'articulation enraidie la liberté, l'intégrité des mouvements ? M. Verneuil dit oui, je dis non, pour la plupart des cas. 3° Les mouvements communiqués, faits avec prudence et sagacité, peuvent-ils prévenir les raideurs articulaires ? M. Verneuil dit non, je dis oui.

Pour mettre un peu de clarté dans mon exposition, je suivrai l'ordre adopté par M. Verneuil et, tout d'abord, j'examinerai cette question : l'immobilisation prolongée peut-elle compromettre les mouvements d'une articulation saine ?

« En ce qui touche les jointures saines, dit M. Verneuil, j'af-« firme qu'il n'existe pas dans la science un seul fait prouvant que « l'immobilité, si prolongée qu'elle soit, en ait amené l'ankylose. » M. Verneuil reconnaît cependant que la simple immobilisation d'une articulation saine peut y amener des modifications anatomiques : « diminution de l'étendue des surfaces de glissement

« et dans l'épaisseur des couches de cartilage; réduction de ca-
« pacité des sacs synoviaux; synovie moins abondante, etc.; et
« des changements fonctionnels : rigidité des membres, limitation
« des mouvements, etc. Certainement, aussi, après que les causes
« de l'immobilisation seront supprimées, il faudra un certain laps
« de temps et une certaine quantité d'exercice pour restaurer
« complètement le jeu articulaire ; mais il n'y a rien là qui puisse
« être assimilé à l'ankylose. »

Sans doute, il n'y a rien là qui puisse être assimilé à l'ankylose vraie; mais cela, malheureusement, peut être assimilé aux ankyloses fausses, aux raideurs articulaires, puisque le malade, par le fait de cette immobilisation prolongée, aura perdu la mobilité de son articulation. S'il a la bonne fortune de tomber, lorsqu'il en sera temps encore, entre les mains d'un ankylophobe, celui-ci réparera le mal fait par l'ankylophile; mais s'il n'a pas cette bonne fortune, si, au prix de très vives douleurs, il ne rétablit pas, par lui-même et par la force, les mouvements compromis, ces mouvements seront définitivement perdus.

Les recherches si intéressantes de Menzel consignées dans le 12e volume (page 990) des *Archives de Langenbeck*, le travail de Volkmann publié dans le *Berliner Klinische Wochenschrift* (1870), les expériences de Reyher publiées dans le 3e volume du *Deutsch zeitschrift für Chirurgie*, nous montrent quelles lésions profondes peuvent subir, chez les animaux, les articulations longtemps immobilisées. Reyher m'a montré à Saint-Pétersbourg, au mois d'avril dernier, sa collection de pattes d'animaux soumis à cette immobilisation, et, bien qu'ankylophobe, j'ai été surpris de l'étendue des modifications éprouvées par les surfaces articulaires. Mais, laissons de côté ces lésions intra-articulaires, résultat sur les animaux d'expériences longtemps poursuivies et c ez l'homme d'immobilisations tout à fait exceptionnelles ; restons dans la pratique journalière de la chirurgie.

Lorsque nous immobilisons, pour un mois ou six semaines, un membre atteint de fracture, ce n'est pas seulement dans l'intérieur de l'articulation, mais autour de la jointure, que se passent aussi les phénomènes qui amèneront les raideurs articulaires. Tous nous savons que les tissus, qui composent notre corps, ont une tendance constante à la rétraction, car tous, sauf les os, sont plus ou moins doués d'élasticité et beaucoup sont doués de rétractilité. Si une articulation est immobilisée dans l'extension ou dans la flexion, certaines parties, étant relâchées, se raccourciront et nous ne pourrons les rendre à leur longueur normale sans employer la force et sans causer des douleurs. Je me contenterai de citer deux exemples extrêmement fréquents.

Quelle que soit la cause qui engage le chirurgien à immobiliser le membre supérieur, fractures du bras, du coude, de l'olécrâne, du radius, phlegmons du bras ou de l'avant-bras, presque toujours, malgré les recommandations si souvent répétées de Malgaigne, on laisse les doigts dans l'extension et il est des hôpitaux où l'on rencontre, encore aujourd'hui, ce détestable appareil qu'on appelle une palette.

Si l'on examine, à l'état normal et dans l'extension, la face dorsale des doigts, on remarque qu'au niveau des articulations, surtout au niveau de celle qui unit les deux premières phalanges, la peau présente un excès de longueur qui se traduit par des plis. Cet excès de longueur est destiné à fournir à l'ampliation de la peau, lorsque le doigt se fléchit. Or, après que, pour une cause ou pour une autre, les doigts auront été immobilisés pendant deux ou trois semaines dans cette position, qui du reste leur est naturelle, c'est-à-dire dans l'extension, leur aspect sera plus ou moins profondément modifié, les plis dorsaux auront disparu, la peau sera devenue unie, presque lisse, le doigt aura plus ou moins la forme d'un cylindre.

Dites alors au malade de fléchir les doigts ; il ne le pourra pas et si vous-mêmes vous cherchez à les fléchir de force, vous y parviendrez sans doute, car, en effet, il n'y a pas d'ankylose, mais ce sera au prix d'excessives douleurs. Ces douleurs sont si vives, que trop souvent le malade se refuse à la subir, et comme souvent alors sa fracture (du radius, par exemple) est consolidée, il sort de l'hopital guéri de sa fracture, mais estropié de la main. M. Verneuil me dira, sans doute, que si je retrouvais ce malade six mois plus tard,je le retrouverais ayant récupéré les mouvements de ses doigts. Je lui répondrai que, si cela est vrai pour beaucoup, cela n'est pas exact pour un certain nombre. Mais, cela serait-il vrai pour tous, n'est-ce donc rien pour un malade, quelle que soit sa situation sociale, et surtout pour un malade qui vit d'un travail manuel, d'avoir été inutilement, et par la faute du chirurgien, mis pour plusieurs semaines au moins dans l'impossibilité de se servir de sa main et de n'avoir récupéré les mouvements qu'au prix d'excessives douleurs ? Et cependant, rien n'eût été plus facile que d'éviter cette sérieuse complication : il eût suffi au chirurgien, s'il avait été ankylophobe, de placer les doigts de son malade dans la demi-flexion et, pour plus de sécurité, de les lui fléchir complètement tous les quatre ou cinq jours, ce qui n'éveille alors aucune douleur et n'a même aucun inconvénient. Qui a raison, en ce cas, de l'ankylophobe ou de l'ankylophile ?

Pareille chose arrive pour le genou, mais par un mécanisme différent, dans les fractures du membre inférieur et en particulier pour

celles de la cuisse. Le chirurgien, qui n'attache aucune importance aux raideurs articulaires, laisse le membre dans l'immobilité complète pendant tout le traitement, et il la prolonge d'autant plus qu'il ne voit dans l'immobilisation que des avantages sans inconvénients.

L'ankylophobe, au contraire, dès qu'il sait la consolidation en grande partie effectuée mais non encore terminée, se préoccupe des mouvements ultérieurs du genou. A partir de la cinquième semaine, s'il n'y a pas eu de complication, il déplace avec précaution l'appareil, consolide avec ses mains, placées en guise d'attelles, les fragments qu'on peut croire insuffisamment réunis et, avec des précautions plus grandes encore, soulève la cuisse, en abandonnant la jambe à son propre poids, afin de déterminer une légère flexion du genou. Le mouvement exécuté, il ne le répète pas immédiatement et replace l'appareil pour recommencer quelques jours plus tard, en donnant progressivement aux mouvements une étendue de plus en plus grande. Telle est ma pratique, à moi qui suis ankylophobe au suprême degré. Quels résultats me donne-t-elle ? Je préfère répondre par la voix d'autrui.

En 1869, une thèse dédiée à M. Verneuil, présidée par lui et faite par un de ses élèves, M. Delthil, vint surprendre quelque peu les chirurgiens des hôpitaux de Paris. M. Delthil, interne à l'asile de Vincennes, avait pu étudier les résultats comparatifs des divers traitements employés par chacun de nous pour les fractures de la cuisse ; il avait surtout en vue la déformation du membre, la raideur articulaire et quelques autres accidents consécutifs. Or que dit M. Delthil ? « L'immobilité prolongée, sans être la cause exclu- « sive des raideurs articulaires, en constitue certainement une « des origines les plus fréquentes, » et plus loin : « nous avons « vu des blessés qui, depuis des mois, des années même, n'ont « pas recouvré l'intégrité de leurs mouvements articulaires. » Or, sur les 40 malades observés par M. Delthil, cette perte des mouvements se rencontrait 11 fois. Qu'était devenue dans ce cas cette puissance constante de la mobilisation spontanée !

Quel était mon bilan dans cette statistique ? Sur les 40 malades, 4 avaient été traités par moi. Voici ce que dit M. Delthil du premier : « ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans cette observation, outre le peu de déformation, c'est que la marche est facile au bout de 58 jours, la claudication peu sensible, et le blessé n'a besoin que d'une simple canne. Il sort de l'asile le 10 février 1869, 91 jours après l'accident ; presque tous les mouvements sont revenus. Voilà certainement un résultat brillant sur lequel je me propose d'insister ». Ce malade n'a été placé dans un appareil que 46 jours.

Le second, immobilisé pendant 50 jours pour une fracture du col, a conservé les mouvements du genou.

Le troisième, n'ayant été immobilisé que 46 jours, est atteint, pendant son séjour à l'asile, d'une variole qui amène un ramollissement du cal et une courbure du fémur laquelle augmente d'un centimètre et demi le raccourcissement primitif. Le blessé, dit M. Delthil, quitte l'asile le 22 février 1869, avec 4 centimètres de raccourcissement, mais la marche est facile, l'articulation a recouvré ses mouvements.

Le quatrième, moins heureux, avait eu sa fracture à la partie inférieure du fémur, aussi entrait-il à Vincennes avec une hydarthrose du genou et une ankylose presque complète de l'articulation; mais, après un traitement local de 80 jours, il avait recouvré la moitié des mouvements de flexion de l'articulation.

Enfin, l'auteur termine en disant: « La raideur est d'autant « moins considérable que l'appareil a pu être enlevé plus tôt. Nous « avons pu observer que les malades, traités par M. Le Fort, « marchent beaucoup plus tôt que d'autres traités par les mêmes « moyens, mais conservés plus longtemps. »

Je ne veux pas m'arrêter plus longtemps sur ce point, quelques faits négatifs que je ne saurais méconnaître, ne prouvent rien contre un grand nombre de faits positifs. Je soutiens que l'immobilisation longtemps prolongée d'une articulation saine, ou relativement saine (puisqu'elle dépend d'un membre atteint de fracture sur un point plus ou moins éloigné de l'articulation), amène des raideurs articulaires, qui altèrent pour un temps variable et quelquefois pour toujours les fonctions du membre, qui ne disparaissent que par un traitement ultérieur fait par le chirurgien ou par le malade lui-même, et qui ne cèdent qu'au prix de douleurs assez vives. Je soutiens que ces raideurs, dans le plus grand nombre des cas, ne se seraient pas montrées, si le chirurgien, suffisamment ankylophobe, avait, par quelques mouvements communiqués, empêché la rétraction des tissus péri-articulaires relâchés par la position donnée aux membres.

Ces raideurs articulaires, ou plutôt ces ankyloses, sont fréquentes dans les fractures articulaires, lorsque des fragments font saillie dans l'articulation, lorsque la forme de la jointure est profondément modifiée par le déplacement d'une partie de ses surfaces, et surtout lorsque, par le développement du cal, des prolongements osseux s'opposent à l'accomplissement des mouvements. Je ne crois pas que, dans ces cas, aucun chirurgien, quelqu'ankylophobe qu'on puisse le supposer, cherche par des mouvements exécutés *pendant l'accomplissement du travail de consolidation* à refouler les fragments qui font saillie, à constituer une pseudarthrose.

Tous, nous agissons de la même manière. Nous immobilisons l'articulation, mais en ayant soin de donner au membre une position telle qu'il puisse, après la guérison de la fracture, rendre le maximum de service. Nous fléchissons le coude à angle droit, nous maintenons la jambe dans une extension à peu près complète.

La divergence d'opinion existe cependant sur la conduite à tenir après la consolidation de la fracture. Faut-il alors se contenter de l'ankylose obtenue dans une bonne situation du membre? faut-il, au contraire, chercher, par des mouvements communiqués au moyen d'une machine, à retrouver une partie des mouvements ? Contrairement à MM. Verneuil et Berger, je réponds par l'affirmative, car j'ai dû à cette méthode des succès que cette méthode seule peut donner. Je voyais encore, il y a quelques instants, une petite fille atteinte, il y a 15 jours, d'une fracture du coude portant sur la trochlée, avec déplacement du fragment et luxation du coude en dedans. Je la vis avec M. Richet, moins de 24 heures après l'accident. Nous cherchâmes à remettre les choses dans une meilleure situation, mais nous n'y arrivâmes qu'en partie et la disparition du gonflement me permit de constater une permanence de déplacement que des tractions prudentes, faites sous le chloroforme, ne purent me permettre de réduire. Certes, comme nous le faisons tous, j'ai dû me contenter de placer le bras dans une bonne position, c'est-à-dire, dans la flexion du coude à angle droit, et nul doute que je n'aie à la fin du traitement une raideur articulaire. Faudra-t-il m'arrêter et laisser le bras ankylosé? Je ne le crois pas, et bien que, dans ces cas, l'espoir du succès soit limité, persuadé que le succès, ne serait-il que partiel, peut être obtenu avec grand avantage pour la petite malade et sans danger, j'aurai recours aux machines et aux mouvements communiqués [1].

La divergence dans les opinions reparaît encore dans les cas où une articulation a été touchée par une fracture siégeant dans son voisinage immédiat, ou par une fracture en rapport direct avec la jointure, mais simple comme est celle de l'olécrane ou de la rotule. Tous, nous immobilisons l'articulation malade, mais notre conduite diffère encore dans la seconde partie du traitement. « Dans les fractures de la rotule, dit M. Verneuil (p. 495), l'ar-« ticulation est lésée, et l'on prolonge souvent l'immobilisation « pendant plusieurs mois; cependant l'ankylose n'a pas lieu... Au « coude, si les lésions sont minimes, comme en cas de fracture « transversale de l'olécrane, on peut placer simplement l'avant-

[1] La raideur articulaire qui exista, en effet, à la fin du traitement, a cédé à emploi d'un appareil mécanique et aujourd'hui (11 février 1880) la flexion et extension sont à peu près complètes.

« bras dans l'extension pour rapprocher les fragments et l'immo-
« biliser dans cette attitude pendant tout le temps nécessaire,
« sans se préoccuper d'une ankylose qui n'est pas à craindre. A
« l'ablation de l'appareil, le membre est quelque peu raide et les
« mouvements de flexion limités; *au bout d'un ou deux mois* tout
« est revenu dans l'ordre, *ou à peu près.* »

Je reconnais, avec M. Verneuil, que l'ankylose n'a pas lieu, si par ankylose nous entendons la fusion des surfaces articulaires; mais la privation des mouvements existe, subsiste et quelquefois persiste, surtout si l'on n'a pas recours aux mouvements communiqués. Je fais appel ici aux souvenirs de chacun d'entre nous. A quel degré de raideur sont souvent arrivés le genou et le coude, à la fin du traitement d'une fracture de la rotule ou de l'olécrâne. Sans doute, je suis prêt à reconnaître encore avec M. Verneuil, que dans beaucoup de cas, même chez les malades abandonnés à eux-mêmes, les mouvements reparaissent; mais je maintiens aussi qu'il y a de nombreuses exceptions.

D'ailleurs, de l'aveu même de notre collègue, c'est au bout *d'un mois*, de *deux mois* que tout est revenu dans l'ordre et comme M. Verneuil n'est pas de ceux qui, pour soutenir une thèse fardent la vérité, il ajoute ce correctif à son pronostic favorable : « tout est revenu dans l'ordre, *ou à peu près.* » Négligeons cet à peu près et ne conservons que les deux mois de convalescence. N'est-ce donc rien, pour un malade, que de voir l'impuissance relative de son membre prolongée de deux mois après la guérison de la fracture? Peut-on lui éviter de sérieux inconvénients? je réponds à cette question par l'affirmative.

Si la rétraction des tissus mous articulaires et péri-articulaires, s'opère lorsque l'articulation est immobilisée dans une position constante, cette rétraction est plus rapide, plus énergique encore, quand à l'immobilité vient se joindre l'inflammation. Elle est donc, en général, assez marquée dans ces cas de fracture; mais on peut la combattre par les mouvements, sans pour cela s'exposer au réveil d'une inflammation déjà à peu près éteinte. S'il s'agit d'une fracture de la rotule, lorsque vers le trentième, le quarantième jour, la solidité du cal me paraît suffisante, j'enlève mon appareil, je pose le membre étendu sur le lit, je saisis solidement avec deux doigts de la main droite la rotule que je repousse en bas, en même temps que glissant le poing gauche fermé dans le jarret, je me contente de soulever et de fléchir légèrement le genou. Je ne fais ce mouvement qu'une seule fois par séance; mais cette séance je la renouvelle à quelques jours d'intervalle en prenant les mêmes précautions, mais en augmentant peu à peu l'étendue des mouvements.

S'il s'agit d'une fracture de l'olécrane, je place l'avant-bras dans l'extension, mais après une quinzaine de jours, je place le membre sur une attelle coudée à angle très obtus; quelques jours après je lui substitue une attelle à angle moins ouvert et je suis en général arrivé à l'angle droit vers le 30e jour. Chacun de ces changements de position se fait avec douceur et en soutenant des doigts l'olécrane, afin de contrebalancer l'action du triceps. Eh bien ! j'affirme que, surtout pour la fracture de l'olécrane, il m'est arrivé souvent de voir les mouvements librement conservés, lorsque, vers le 40e jour, je cessai la contention ; j'affirme que, dans la plupart des cas, cette liberté des mouvements était rétablie, non pas à peu près, mais complètement ; non pas un ou deux mois, mais quinze à vingt jours après l'enlèvement de l'appareil.

L'ankylose fausse, la raideur complète du coude après les fractures de la surface articulaire de l'humérus, alors qu'il n'existe pas de déplacement, pas de stalactites osseuses est tellement fréquente, le rétablissement des mouvements, par la seule force de la contraction musculaire spontanée, est si peu un phénomène constant, qu'il n'est personne d'entre nous qui n'ait vu des malades, qu'on lui adressait dans le but de chercher un remède à une infirmité extrêmement fâcheuse, surtout lorsque l'avant-bras est ankylosé, enraidi dans l'extension. Que faisons-nous dans ces cas? nous faisons ce que M. Verneuil fait lui-même, nous pratiquons la mobilisation artificielle, mais nous ne la pratiquons pas de la même façon.

« J'admets également la rupture des ankyloses, dit M. Verneuil,
« je ne la pratique point il est vrai dans l'espérance *illusoire*
« d'obtenir à son aide le rétablissement des mouvement normaux,
« *éventualité possible*, malheureusement trop rarement réalisée,
« mais seulement pour corriger une attitude vicieuse définitive...
« Pour être bien compris, il me suffira de dire que je romps
« l'ankylose angulaire du genou et rectiligne du coude, et que je
« respecte l'ankylose rectiligne du genou et angulaire du coude. »

Pour ma part je ne romps pas les ankyloses, si l'on entend par ces mots le redressement opéré de force en une seule séance, je les étends par des mouvements lents, progressifs, réglés par l'usage de machines diverses et ce traitement exige quelquefois plusieurs semaines. Si j'agis ainsi, c'est que l'expérience m'a appris que dans les cas où il ne s'agit, bien entendu, que d'ankyloses fibreuses, on peut par ce moyen avoir l'espérance non pas *illusoire* mais fondée d'obtenir, non comme une *éventualité possible*, mais comme un résultat à peu près certain, le rétablissement des mouvements. Les mouvements gagnés peu à peu, lentement, on les obtient par des séances journalières, qui causent peu ou ne causent pas de

douleur par suite même de la lenteur des progrès, mais qui surtout, ne causent aucune inflammation articulaire. Le mouvement qu'on obtient avec la machine, on l'obtient ensuite avec la main, jusqu'à ce que le malade l'obtienne enfin lui-même par l'action régulière de ses muscles. Si par le redressement brusque, on n'a que l'espérance illusoire de cet heureux succès, c'est que ce mode de redressement amenant trop souvent ou du moins laissant craindre l'apparition de l'inflammation, le chirurgien, par une prudence qu'on ne peut qu'approuver, immobilise, à titre de traitement antiphlogistique, préventif, l'articulation redressée dans sa position nouvelle et lorsqu'il retire l'appareil, la raideur s'est de nouveau produite, il est vrai, dans une bonne attitude du membre.

M. Verneuil, dans un exemple qu'il nous cite, a lui-même suivi, sinon tout à fait, du moins à peu près, la méthode du redressement lent, le résultat fut bon, puisqu'au bout de six mois, l'avant-bras se fléchissait à angle droit et la main parvenait à toucher la bouche. Le malade, il est vrai, retourné chez lui cessa l'usage de la machine et perdit en trois mois le résultat obtenu. M. Verneuil reprit les manœuvres, mais il survint des accidents inflammatoires, un abcès même; un instant le salut du membre parut compromis et au bout d'un an de douleurs, de sacrifices pécuniaires, le malade était revenu au point de départ. M. Verneuil dit lui-même : « l'observation, au sixième mois, était fort en faveur de la mobilisation artificielle. » Pourquoi ne l'était-t-elle plus au neuvième et au douzième? serait-il téméraire de supposer qu'on fut moins patient dans la seconde partie du traitement qu'on ne l'avait été dans la première, qu'on voulut aller trop vite et qu'on amena alors des accidents. Cette supposition pourrait se justifier par cette phrase de M. Verneuil : « nous recommençames à mobiliser la jointure à *outrance.* »

Je ne citerai pas de faits particuliers, quoique j'en possède beaucoup, car ceux qui suivent mon service savent qu'aimant à étudier les affections articulaires, il est rare que je n'aie pas dans mes salles un ou plusieurs malades, tantôt entrés à l'hôpital pour des raideurs articulaires, tantôt ayant présenté, à la suite d'un traitement dirigé par moi, des raideurs que je ne parviens pas toujours à éviter, puisqu'elles sont le résultat ordinaire des immobilisations prolongées. Ici encore, j'affirme que la méthode des mouvements communiqués me donne des résultats dont les malades et moi n'avons qu'à nous louer. On les obtient parfois dans des cas où l'articulation semble absolument privée de mouvements.

Je viens de dire que je ne citerai pas de faits particuliers, je manque cependant à ma promesse : je reçus, il y a deux ans, la visite d'un jeune homme de Bourgtheroude, ayant à la suite d'une

fracture du coude datant de 18 mois, une ankylose rectiligne du coude tellement serrée que je ne pus y déterminer à la main aucun mouvement. Pour établir mon diagnostic, je le fis venir à Beaujon et là à l'aide d'une machine, après avoir dessiné à l'encre une ligne droite sur le côté externe du membre, j'essayai la flexion. Je vis qu'il y avait un peu de mouvement, il n'y avait donc pas ankylose vraie. Je lui fis faire mon appareil à flexion, il apprit pendant qnelques jours à s'en servir, puis il regagna son pays, continua pendant deux mois l'usage de l'appareil, et lorsque je le vis, six mois après, allant consolider sa guérison par une saison à Bourbonne, la guérison était absolument complète.

M. Verneuil (page 501) nous dit que dans plusieurs cas où il a employé les mouvements artificiels, mais pendant quelques séances seulement, les malades effrayés de la douleur avaient disparu et avaient reparu plus tard complètement guéris par la mobilisation déterminée par le jeu naturel des muscles. Ces faits n'ont pas la signification que leur donne M. Verneuil, et, pour ma part, je ne mets pas en doute que, si M. Verneuil n'avait pas rendu à ses malades le grand service de leur rendre un commencement de mobilité par la mobilisation artificielle, les muscles auraient été impuissants à amener la guérison complète.

Parlerai-je maintenant de la mobilisation après la réduction des luxations? Je suis de l'avis de M. Verneuil sur un point : il ne faut pas mobiliser trop tôt ces articulations; mais il ne faut pas non plus attendre trop tard pour les mobiliser et, pour l'articulation de l'épaule, par exemple, il ne faut pas attendre au delà du quinzième jour. Que se passe-t-il en effet?

Par suite de la position du bras rapproché du tronc par l'écharpe, la partie axillaire de la capsule articulaire se trouve relâchée; elle se rétracte d'autant plus que très souvent il y a un léger degré d'arthrite. Lorsque le malade veut plus tard écarter le bras du corps, la tension de cette partie de la capsule éveille de la douleur; s'il ne sait pas la vaincre, il verra peu à peu la difficulté s'accroître, et l'abduction complète du bras sera définitivement perdue. Je sais bien que ces exemples fâcheux sont exceptionnels, mais on les rencontre trop souvent encore sans qu'on puisse toutefois en accuser toujours le chirurgien, puisque le plus ordinairement l'absence des mouvements communiqués provient de la répugnance du malade à se soumettre à une manœuvre douloureuse. C'est ce qui m'est arrivé sur un de nos collègues de l'Académie, auquel je réduisis immédiatement une luxation de l'épaule, qu'il s'était faite dans une chute en descendant l'escalier de l'administration des Hôpitaux, où nous appelaient les fonctions de juges de l'internat. La crainte de la douleur l'empêcha d'exécuter

les mouvements communiqués d'abduction, peu à peu ils devinrent de plus en plus difficiles, et bien que plusieurs années se soient écoulées depuis cette époque, les mouvements n'ont pas reparu. D'ailleurs, comme toutes les arthropathies, les luxations de l'épaule varient dans leur marche chez divers malades. En juillet dernier, j'avais à soigner dans le même temps deux malades atteints de luxation de l'épaule. L'un, ayant à Paris et en Angleterre des intérêts considérables, ne voulut garder le repos que trois ou quatre jours; le sixième jour il allait à Londres, laissant de côté l'écharpe de Mayor pour y substituer une écharpe simple qu'il abandonnait bientôt, et cependant, après une douzaine de jours, le bras avait retrouvé tous ses mouvements. Le second, ayant, comme le premier, fait quelques jours auparavant une chute de cheval, vint à Paris pour se faire traiter des suites d'une luxation réduite en province. Je l'immobilisai rigoureusement et ne commençai les mouvements que quinze jours au moins après la réduction. Or, dans ce cas, je trouvai déjà une raideur considérable, que je mis plusieurs semaines à combattre, et je ne sais combien de temps elle a persisté ou si elle persiste encore, car le malade a dû quitter Paris pour aller reprendre le commandement de son corps.

Toutefois, je suis, ainsi que je l'ai dit, tout à fait de l'avis de MM. Verneuil et Berger sur un point : si l'immobilité, pour moi, amène de la raideur par la rétraction des tissus fibreux, cette rétraction est bien plus grande encore quand il s'y joint de l'inflammation. Si donc, dans le but de prévenir une ankylose dans une articulation qu'on est dans la nécessité d'immobiliser, mais qui n'est que peu ou pas enflammée, on éveille de l'inflammation par des mouvements prématurés, intempestifs ou trop étendus, on peut aller contre le but, augmenter la raideur et quelquefois substituer à ce qui n'eût été qu'une simple raideur articulaire, facile à vaincre, une fausse ankylose plus grave et plus difficile à guérir. Ainsi il ne faut pas qu'il y ait d'erreur sur ce que j'appelle dans ces cas : les mouvements préventifs de l'ankylose. Je ne suis préoccupé que de l'état des parties qui répondent à la face axillaire de la capsule et je ne me livre pas à des mouvements de rotation ou de circumduction, non plus qu'à des mouvements multipliés. Soutenant avec les doigts de la main gauche enfoncés dans l'aisselle la tête humérale et la capsule fibreuse, je soulève lentement dans l'abduction le coude du malade, j'amène le bras à l'horizontale et je le replace dans l'écharpe sans répéter une seconde fois le mouvement. Ce n'est que plusieurs jours plus tard que je recommence la même manœuvre.

Dans ces raideurs articulaires, consécutives aux luxatious, aux

entorses, aux fractures du péroné, souvent il suffit d'un seul mouvement de flexion ou d'extension pour étendre les parties rétractées et amener la liberté des mouvements. Ceux qui ont suivi le service de Malgaigne, à l'hôpital Saint-Louis, peuvent se rappeler avec quel plaisir les internes attachaient, en guise d'ex-voto, aux murs de la consultation, les béquilles des malades, qui, venus boiteux à l'hôpital, par suite de raideurs consécutives à une fracture du péroné, à une fracture du fémur, à une légère arthrite du genou, s'en allaient guéris après avoir subi ce qui, je l'avoue, était un court mais douloureux supplice : la flexion forcée de l'articulation enraidie dans l'extension. Cette pratique, sans danger entre des mains habiles et prudentes, devient horriblement dangereuse, par insuffisance de diagnostic, entre les mains des rebouteurs ou autres guérisseurs; elle serait meurtrière dans certains cas de tumeurs blanches.

Les divergences d'opinion se retrouvent également dans le traitement des arthrites soit blennorrhagiques, soit traumatiques et, sur ce point, M. Berger est, comme M. Verneuil, un adversaire résolu de toute tentative de mobilisation. M. Verneuil dit avec raison que le rhumatisme blennorrhagique mono ou oligo-articulaire est fréquemment suivi d'ankylose. Je suis absolument de son avis, mais ce qu'il importe de savoir, c'est si cette ankylose est fatale ou si elle peut être prévenue. Pour ma part, je crois que la longue immobilisation d'une articulation atteinte, chez un blénnorrhagique, entraîne presque fatalement l'ankylose. M. Verneuil croit-il, au contraire, que la meilleur manière de prévenir cette ankylose est de prolonger l'immobilisation ? Je le soupçonne, mais je ne puis l'affirmer. Toutefois je serais en droit de le supposer puisque notre collègue, après avoir écrit : « Quelques variétés de ce rhumatisme « (mono-articulaire) m'ont paru surtout redoutables sous le rap- « port qui nous occupe (ankylose). Je veux parler du rhumatisme « blennorrhagique et du rhumatisme des femmes enceintes. » Puis, quelques lignes plus loin, il nous rapporte l'observation d'une malade enceinte de six mois, atteinte d'arthrite très aiguë du genou droit, ayant éclaté sans cause appréciable et il ajoute : « Je cor- « rigeai la flexion déjà très prononcée de l'articulation, et j'immo- « bilisai rigoureusement cette dernière dans un solide appareil « ouaté et silicaté. Les souffrances ne tardèrent pas à se calmer, « et, au bout de 10 à 12 jours, il n'en fut plus question. L'occasion « était belle si j'eusse été ankylophobe ; j'aurais enlevé l'appareil « et institué la méthode préventive ; je m'en gardai bien, crai- « gnant le retour de l'arthrite. » En résumé, l'appareil fut gardé quatre mois, ne fut enlevé qu'après l'accouchement et, dit M. Verneuil : « *Quelle fut ma surprise* en constatant que les mouvements

« étaient restés libres et n'avaient guère perdu plus du tiers de « leur étendue. »

Cette surprise pourrait étonner de la part de M. Verneuil, puisqu'il cherche à nous prouver que l'immobilisation la plus prolongée n'amène pas de raideur articulaire. Puisqu'il fut si surpris de trouver les mouvements aux deux tiers libres, c'est donc qu'il s'attendait à les trouver aux deux tiers perdus. Toutefois cette surprise s'explique par ce fait que notre collègue regarde comme très ankylogènes l'état de grossesse et la puerpéralité. Or, malgré la thèse de M. Tison, en 1877, j'ose dire que cela n'est pas encore bien démontré et je suis loin de rapprocher les unes des autres, au point de vue de la probabilité de l'ankylose, les arthrites chez les blennorrhagiques et les arthrites chez les femmes enceintes.

Quoiqu'il en soit, je ne trouve nullement extraordinaire, ni contraire aux idées que je défends, la conservation dans ce cas des deux tiers des mouvements après une immobilisation de quatre mois. La maladie, quoique très aiguë au début, fut de fort peu de durée puisque, d'après M. Verneuil lui-même, après 10 à 12 jours, il ne fut plus question de douleurs et que la malade put se promener avec des béquilles. Il est probable que les lésions furent très superficielles. Au douzième jour M. Verneuil, s'il eût été ankylophobe, eût enlevé l'appareil et institué la mobilisation préventive. Je crois qu'il aurait eu tort, car on peut être un ankylophobe sans cesser d'être prudent, et pour ma part je me serais contenté, au quinzième ou au vingtième jour, de retirer l'appareil inamovible pour y substituer un appareil amovo-inamovible, et si la marche, exécutée avec cet appareil, n'avait ramené aucune douleur, si l'examen du genou, la recherche du point douloureux articulaire m'avait laissé croire à la disparition de toute inflammation, vers le trentième jour, j'aurais imprimé moi-même avec beaucoup de précaution quelques mouvements de flexion et d'extension. Il est probable que vers la sixième semaine la malade aurait retrouvé assez de ses mouvements pour pouvoir se livrer librement à la marche, ce qu'elle ne fit qu'avec des béquilles ou une canne et cela pendant quatre mois. Je n'ai insisté sur ce fait que parce que M. Verneuil m'a paru vouloir en tirer par extension des conclusions qui ne me paraissent pas légitimes; mais je ne voudrais pas insister davantage, car, pour ce qui regarde le genou, je me rapprocherais beaucoup de quelques-unes des idées de M. Verneuil: le genou est une de ces articulations qu'on ne saurait traiter avec trop de prudence.

La prudence, c'est ce qui m'a paru manquer dans les observations sur lesquelles M. Berger s'est appuyé pour nous montrer les dangers de la mobilisation préventive de l'ankylose. Dans la première, il s'agit d'une fracture du coude *compliquée de plaie*. On

enlève l'appareil le vingt-huitième jour, et c'est alors qu'on tente d'augmenter par des mouvements communiqués les mouvements limités qui existaient dans la jointure. En quoi est-il étonnant qu'il soit survenu une inflammation violente, suivie d'abcès et plus tard d'ankylose complète.

Dans la seconde, les désordres sont encore plus considérables, puisqu'il y a fracture du coude avec complication de luxation et de plaie; et c'est après cinq semaines que, trouvant la guérison complète, on cherche à augmenter les mouvements, tentative qui n'a pour résultat qu'une violente inflammation et une ankylose complète. Mais, dans ces cas, ce n'est pas la méthode de la mobilisation qu'il faut incriminer, c'est la manière de l'appliquer. Je n'accepte pas pour ma part qu'on fasse aussi prématurément dans des cas aussi graves des mouvements communiqués. Dans les cas graves, il faut attendre pour les faire que toute inflammation ait disparu; c'est après deux mois, deux mois et demi, qu'on peut les tenter et même sans insistance trop grande. C'est ainsi que je me conduis, et dans les cas d'arthrite blennorrhagique, je commence par l'immobilité absolue, au moyen de la gouttière, et je n'emploie la mobilisation que lorsque l'inflammation est, sinon disparue, du moins très réduite; d'ailleurs ces mouvements, pour être faits avec sécurité, ne doivent pas être faits même par la main du chirurgien, il faut avoir recours aux machines ou mieux encore aux appareils à action faible mais permanente.

Contrairement à l'opinion de nos deux collègues, je crois donc que, dans les arthrites dites blennorrhagiques et dans les arthrites traumatiques, toutes les fois que l'ankylose n'est pas une ankylose vraie et complète, toutes les fois que la durée, la gravité des symptômes laissent croire à l'existence de lésions peu profondes et autorisent à penser que la rétraction des parties molles péri-articulaires, ou comme cela existe assez souvent la rétraction d'un ou de plusieurs muscles, s'opposent seules au rétablissement des mouvements, il faut s'efforcer de rendre à l'articulation des mouvements qu'elle ne saurait retrouver par le jeu spontané des muscles chargés de la mouvoir.

Si l'immobilité articulaire est telle que l'action de la main me laisse des doutes sur l'existence des mouvements, je me sers de machines même pour établir mon diagnostic et pour commencer la mobilisation. Contrairement à la pratique de la plupart des chirurgiens, je ne donne pas de chloroforme. Si j'ai à établir mon diagnostic, j'ai besoin de consulter la sensibilité; car, ainsi que l'a fait justement observer Malgaigne, et j'ai eu souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de cette observation, si l'ankylose est osseuse et complète, la douleur se fait sentir non au niveau de l'articula-

tion, mais aux points qui répondent aux extrémités de l'appareil, parce que c'est là où la pression s'exerce avec le plus de force, lorsque l'on cherche à imprimer au membre des mouvements de flexion.

Même lorsque l'existence des mouvements est incontestable, j'ai besoin de consulter la sensibilité pour savoir si je ne pousse pas trop loin mes tentatives; d'ailleurs, je n'ai pas besoin de prendre beaucoup de précautions contre la douleur, car cette douleur est en général peu vive et très tolérable en raison de la manière dont je pratique la mobilisation.

Pour le genou, je me sers d'une gouttière en tôle repoussée articulée au genou et qui est mue par une double vis placée en arrière. Les appareils à flexion, généralement employés et dont l'appareil moteur consiste en une roue dentée, s'engrénant sur une vis sans fin placée dans les tuteurs latéraux au niveau même de leur articulation au genou, ne donnent ni assez de force, ni assez de précision dans la manœuvre.

Pour le coude, je me sers en ville d'un appareil analogue ; à l'hôpital, en raison du grand nombre de mobilisations que j'ai à exercer et de la difficulté d'appliquer une même gouttière à des bras très différents de volume et de longueur, d'où nécessité d'un appareil différent pour le côté droit et le côté gauche, je me sers d'un appareil à engrenage au niveau du coude, moins parfait dans son action, mais qui a l'avantage de pouvoirs s'appliquer indifféremment aux deux bras et à tous les malades.

Mais l'appareil que j'affectionne, surtout lorsqu'il s'agit d'arthrites blennorrhagiques, dans lesquelles l'ankylose survient assez rapidement et dans lesquelles il faut agir de bonne heure, alors que souvent la permanence d'une légère inflammation commande une extrême prudence, est un appareil à traction légère, mais constante, opérée au moyen du caoutchouc.

Pour une arthrite du coude, par exemple, guérie ou en voie de guérison, mais avec raideur, dans une extension plus ou moins complète qu'il faut changer en flexion à angle droit ou même aigu, cet appareil, que le chirurgien ou ses aides peuvent facilement construire, se compose d'un appareil silicaté ordinaire, mais rendu amovible par une section faite sur la face antérieure de l'appareil, après sa dessication. Lorsque l'appareil a été ainsi enlevé, on en retranche largement toute la partie qui correspond au pli du coude, du côté de la flexion, on le coupe transversalement en arrière au niveau de l'olécrane et l'on a ainsi deux pièces, l'une brachiale, l'autre artibrachiale. On les réunit de chaque côté par deux lames de tôle ou de ferblanc articulées en compas par un simple rivet, pièces que tout ouvrier peut faire, car à l'hôpital je

les fais ordinairement moi-même, et pour fixer cette pièce, on recouvre l'appareil mis en place d'une nouvelle bande silicatée. On peut même se borner, comme dans l'appareil que je vous présente, à réunir les deux parties brachiale et artibrachiale par une languette de linge conservée au milieu de l'olécrane. Cela fait, à la partie antérieure de l'appareil, du côté de la flexion, on fixe avec du silacate une bande de toile le long de laquelle on a cousu des agrafes ; et, si on mène un fil de caoutchouc, comme ceux dont on se sert pour la ligature élastique, des agrafes brachiales aux agrafes artibrachiales, on a un appareil à flexion, agissant d'une manière douce mais continue, et tous ceux qui ont fait usage des tractions avec le caoutchouc savent avec quelle puissance agit, par sa continuité même, une traction des plus légères mais permanente au moyen du caoutchouc.

J'ai souvent employé la mobilisatiou par tous ces appareils à la fin du traitement des arthrites accompagnées de raideurs articulaires ou de rétraction musculaire, je n'en ai jamais éprouvé d'inconvénients sérieux, parce qu'à la moindre menace d'un retour d'inflammation, je m'arrêtais immédiatement, et parce qu'avec des mouvements aussi doucement exercés, j'étais à l'abri d'inflammations vives. J'ai obtenu, par ces moyens, un grand nombre d'améliorations notables, un assez grand nombre de guérisons complètes ; c'est pourquoi je reste un partisan convaincu de la mobilisation, mais aussi un adversaire non moins convaincu de l'immobilisation trop prolongée et de la mobilisation brusque, rapide et surtout instantanée des ankyloses.

J'arrive maintenant, Messieurs, au point capital de cette discussion : la méthode de l'immobilisation est-elle applicable à cette forme d'arthrites auxquelles nous donnons le nom de tumeur blanche ?

« Outre la faute qu'ils commettent en plaçant au même niveau « toutes les arthropathies, les ankylophobes, dit M. Verneuil, ont de « plus le tort de confondre les divers genres d'immobilisation « articulaire. »

Je n'ai pas besoin de dire que notre collègue n'a jamais eu l'idée d'appliquer ce reproche aux ankylophobes que renferme la Société de chirurgie ; permettez toutefois cependant à un ankylophobe de résumer très brièvement l'exposition d'idées que je développerai plus tard et sous une autre forme, et de montrer combien je suis loin de placer au même niveau toutes les arthropathies.

Depuis plusieurs années, depuis que mon attention s'arrête volontiers sur les maladies articulaires, j'ai été frappé de ce fait, que certaines formes de lésion sont particulières à certaines arti-

culations. Certaines formes communes, ordinaires à certaines articulations, ne se rencontrent que très rarement dans d'autres jointures. Les articulations du genou, du cou-de-pied, du poignet, ont pour forme ordinaire, on pourrait presque dire constante, l'arthrite fongueuse.

Dans ces articulations, où la synoviale présente une étendue considérable, où elle prédomine en quelque sorte comme étendue sur les tissus fibreux qui constituent l'appareil ligamenteux, c'est presque toujours par la synoviale que débutent les désordres. Même chez les enfants, c'est encore la synoviale fongueuse qui se rencontre d'ordinaire ; et malgré la fréquence des ostéites juxta-épiphysaires, cette forme est bien autrement fréquente que la forme osseuse. Ce n'est guère que dans l'arthrite blénnorrhagique du coude et du genou que nous voyons les lésions affecter assez les parties ligamenteuses et la synoviale qui les double et cela, avec des symptômes assez distincts de ceux qu'on rencontre dans l'arthrite fongueuse, pour qu'on ait donné à ces arthrites avec l'épithète de blénnorrhagique, l'épithète de rhumatisme blénnorrhagique.

A l'épaule où les arthrites sont plus rares, à la hanche où malheureusement elles sont si fréquentes, l'arthrite affectionne une toute autre forme. Ce n'est plus la synovite fongueuse que nous y rencontrons d'ordinaire, c'est ou une forme rhumatismale dans laquelle les lésions, au début surtout, portent principalement sur la capsule ligamenteuse pour atteindre ensuite la synoviale et consécutivement les cartilages et les os ou une forme qu'on pourrait appeler osseuse, car les os qui entrent dans la constitution de l'articulation et surtout la tête de l'humérus ou du fémur paraissent primitivement atteints. Mais, je laisse de côte la coxalgie, sur laquelle je reviendrai tout à l'heure, pour ne m'attacher en ce moment qu'aux synovites fongueuses dont l'articulation du genou nous présente si fréquemment le type.

Si la communication de M. Verneuil avait eu trait seulement à cette classe d'affections, nous aurions été du même avis sur presque tous les points. Les arthrites fongueuses, lorsqu'elles sont arrivées à un certain degré de développement, sont tellement dangereuses, ont si peu de tendance à rétrograder, exposent tellement le malade à l'éventualité d'une résection, ou si l'on a trop attendu d'une amputation, qu'il n'y a personne parmi nous qui, dans de pareilles circonstances, ne s'estime très heureux d'obtenir la guérison, fût-ce même au prix d'une ankylose complète. Malheureusement, il est encore, en dehors de cette enceinte, des chirurgiens auxquels peut, à bon droit et à titre de réprobation, s'appliquer l'épithète d'ankylophobes, qui, préoccupés outre mesure de la perte probable

des mouvements après une longue immobilisation, impriment de temps en temps au genou malade des mouvements, qui ne peuvent avoir pour effet que de compromettre la guérison, sans préserver le malade de l'ankylose, si, malgré les imprudences du chirurgien, il parvient à guérir. En attirant de nouveau l'attention des médecins sur les dangers de cette pratique, la communication de M. Verneuil rendra à bien des malades un service signalé. Oui, sur ce point, nous sommes absolument d'accord. En présence d'une arthrite fongueuse du genou, du coude, du poignet, du cou-de-pied, l'immobilisation complète, absolue, est la loi qui s'impose. C'est au médecin à mettre sa responsabilité à couvert, en prévenant, suivant les cas, le malade ou sa famille que le traitement pourra laisser, laissera à sa suite, une ankylose souvent complète; mais que cette éventualité n'est que peu de chose à côté de la gravité que pourrait acquérir la lésion. Placer le membre dans une gouttière plâtrée, afin d'éviter, par suite du ramollissement des ligaments, la subluxation du tibia en arrière et sur son axe; échancrer suffisamment la gouttière au niveau du genou pour qu'on puisse appliquer sur l'articulation les badigeonnages iodés, exercer une exacte compression avec une bande de caoutchouc, ou même, comme je le fais depuis quelques mois, injecter avec la seringue de Pravaz au milieu des fongosités une solution fortement astringente, tel est le traitement que nous suivons tous, avec les modifications légères qui dérivent des préférences de chacun. Tous nous nous accordons à proscrire la mobilisation, tous nous sommes heureux, lorsque la maladie a été sérieuse, d'obtenir la guérison au prix même de l'ankylose.

Mais, lorsque la guérison de l'arthrite fongueuse a été obtenue, faut-il essayer de combattre, par des mouvements, l'ankylose qu'elle a laissée après elle? Sur ce point, les divergences reparaissent. M. Verneuil est disposé dans certains cas à rompre l'ankylose du genou, si elle est angulaire; il respecte cette ankylose, si elle est rectiligne. Ici, je ne suis plus aussi complètement de son avis.

Il est peu d'entre nous qui n'aient été témoins des malheurs amenés par les tentatives de mobilisation après les arthrites fongueuses, surtout si ces tentatives sont faites prématurément. J'ai conservé de mon internat dans le service de Malgaigne le souvenir d'une jeune malade guérie d'une tumeur blanche très grave du genou, grâce à une immobilisation prolongée. Lorsqu'elle sortit de l'hôpital, son mari, ou celui qui en tenait lieu, désespéré de cette infirmité, mena cette jeune femme chez un célèbre rebouteur, un nommé A....., se disant ancien chirurgien de marine, dont les affiches couvraient les murs du faubourg du Temple et de Belle-

ville, même ceux de l'hôpital Saint-Louis. Ce charlatan tenta le rétablissement des mouvements, l'inflammation non encore éteinte se ranima avec une extrême violence et la malade rentra, pour mourir, dans la salle d'où elle était sortie guérie, trois mois auparavant.

Mais ces exemples, que l'imprudence et quelquefois aussi une connaissance insuffisante des maladies articulaires ne multiplient que trop, ne doivent pas nous faire rejeter partout et toujours la mobilisation d'une articulation du genou enraidie ou légèrement ankylosée après une arthrite; seulement ces tentatives ne doivent être faites que lorsque toute trace d'inflammation a disparu. Comment le savoir? En dehors du retour à la forme normale, nous avons comme signe précieux l'absence de douleur sur tous les points de l'articulation et spécialement au point articulaire, c'est-à-dire à l'attache supérieure du ligament latéral interne. C'est en effet en cet endroit que subsiste le plus longtemps la douleur, et elle y persiste quelquefois très longtemps, alors qu'elle a disparu sur tous les autres points de l'articulation. Pourquoi cela? pourquoi ce lieu d'élection? je l'ignore, bien que j'en recherche la cause depuis vingt-six ans, c'est-à-dire depuis l'époque où Malgaigne a attiré mon attention sur ce signe, dont j'ai depuis constaté si souvent l'exactitude.

Lors donc que la maladie a été de peu de durée, que j'ai tout lieu de croire que les lésions ont été peu profondes et que l'obstacle aux mouvements tient à ce que les ligaments, plus ou moins ramollis et relâchés pendant la maladie, ont repris au fur et à mesure de la guérison leur solidité, mais aux dépens de leur souplesse et de leur extensibilité, je tente les mouvements communiqués avec la machine, mais toujours lentement et avec une extrême prudence.

Chaque jour, suivant la résistance à vaincre et le degré de douleur éprouvée, on gagne un ou deux tours de vis, et ce n'est qu'après trois semaines à un mois qu'on est arrivé à faire passer le membre de l'extension à la flexion, avec rétablissement des mouvements spontanés dans la limite des mouvements obtenus à l'aide de la machine. J'ai obtenu ainsi d'assez nombreux succès pour défendre cette pratique. Mais si la maladie a été grave, de longue durée; si j'ai lieu de croire que les cartilages ont pu être partiellement détruits, que des faisceaux fibreux courts et résistants unissent le fémur et le tibia, si le tibia a subi son déplacement si fréquent en arrière; s'il a subi sur son axe ce mouvement de rotation qui porte sa crête en dehors, dans ce cas je ne me livre à aucune manœuvre; elles ont peu de chances d'être heureuses, elles ont grandes chances d'être des plus dangereuses.

Plus confiant que M. Verneuil dans l'emploi des mouvements

communiqués, je suis moins hardi que lui lorsqu'il s'agit d'ankyloses angulaires, je n'ose pas les rompre et je n'essaie de les étendre que si la possibilité d'exagérer un peu la flexion, en me montrant que l'ankylose intra articulaire n'est pas complète, me montre aussi que les muscles retractés constituent l'obstacle principal à l'extension du membre.

Je n'ai rien à changer à ce que M. Verneuil nous a dit avec tant de raison de l'immobilisation active des articulations malades. Au genou la contraction des muscles, surtout de la région postérieure, a d'abord pour effet d'immobiliser la jointure, afin d'empêcher les mouvements souvent si douloureux. Bientôt cette contraction devient une véritable contracture, à laquelle succède une rétraction du tissu musculaire lui-même.

Pour ma part, je crois qu'il y a un véritable danger à étendre de force des muscles rétractés. J'ai pu le constater dans quelques résections du genou, en particulier dans la première que je fis en 1859, et je partage sur ce point l'avis de la plupart des auteurs spéciaux américains, Sayre, Bauer, qui ont étudié avec tant de soin le sujet qui nous occupe: la ténotomie doit précéder les tentatives de redressement brusque. Mais, si les muscles se refusent trop souvent à une élongation brusque, ils cèdent presque toujours à une élongation lente et graduée; aussi, dans ce cas encore, j'ai recours aux extensions progressives à l'aide de machines.

Quoi qu'il en soit, si j'ai assez souvent tenté la mobilisation du genou et du coude après les arthrites, je ne l'ai fait, je ne le fais, qu'avec la plus grande réserve. Je me rapproche beaucoup ici des idées de notre collègue M. Verneuil. Ce n'est qu'après l'entière guérison qu'on doit, qu'on peut songer à améliorer par la mobilisation la position du malade; ce n'est même qu'à titre d'exception que ces tentatives peuvent être faites. La règle est de respecter l'ankylose, la règle est de prolonger longtemps, très longtemps l'immobilisation et, dût l'ankylose complète être le résultat de cette immobilisation, jamais, sous aucun prétexte, il ne faut chercher, pendant la période de maladie, à la prévenir par des mouvements, car ces mouvements constituent alors la plus dangereuse des pratiques. Guérir, même au prix d'une ankylose, une arthrite fongueuse d'une certaine gravité, c'est encore rendre au malade un immense service.

Enfin, il est une maladie pour laquelle la divergence dans les opinions et dans la pratique thérapeutique entre M. Verneuil et moi est, je le crois, complète et absolue, c'est la coxalgie. L'immobilisation de la hanche forme la base du traitement préconisé par M. Verneuil, la mobilisation est la base du traitement que je suis depuis quinze ans et qui a déjà fait l'objet d'une discussion au

sein de cette société en 1866. Ici quelques mots d'explication sont nécessaires.

Si l'arthrite fongueuse est le type généralement rencontré dans les articulations du coude, du genou, du coude pied et de la hanche, l'existence des fongosités articulaires est presque exceptionnelle dans les arthrites de l'épaule et de la hanche. Si on fait l'autopsie des malades, si surtout on fait en quelque sorte sur le vivant l'autopsie de l'articulation, comme cela arrive lorsqu'on pratique la résection, ce que l'on trouve dans l'articulation, ce ne sont plus ces amas de fongosités qu'on rencontre dans les mêmes circonstances au coude pied, au coude, au genou; c'est une véritable collection purulente qui remplit la capsule ramollie, perforée, détruite, disparue par places; ce sont des altérations étendues profondément dans l'épaisseur des os. La tête du fémur a plus ou moins disparu, l'extrémité supérieure de l'os est souvent elle-même fortement altérée, la cavité cotyloïde cariée est parfois perforée; semble, dans ces cas, qu'une ostéite, une ostéo-myélite épiphysaire ou juxta-épiphysaire a été le point de départ de la maladie.

Tantôt, au contraire, l'apparition rapide des douleurs, leur extrême intensité, mais aussi leur disparition assez rapide sous l'influence du repos absolu et de l'extension permanente, la possibilité d'une guérison complète et, si l'on a employé certaines médications, la guérison avec conservation de la plus grande partie et, dans quelques cas, exceptionnels je le reconnais, de la totalité des mouvements, montrent que, dans une forme assez fréquente de la coxalgie, les lésions portent surtout sur la capsule, qu'elles ne sont pas profondes et que cette forme de la maladie pourrait à bon droit porter le nom de coxalgie rhumatismale et peut-être celui de capsulaire.

Bien que pour la coxalgie, comme pour les autres arthropathies, les formes surtout à une certaine période se confondent assez pour qu'il soit difficile, sinon impossible d'en tracer un tableau symptomatique propre à chacune d'elles, il existe cependant, entre la forme rhumatismale ou capsulaire et la forme osseuse, des différences assez notables pour qu'on puisse assez souvent les distinguer l'une de l'autre.

Je ne saurais m'étendre sur ce point, car nous n'avons pas à discuter la nature et le traitement de la coxalgie, je n'en dirai que ce qui est nécessaire à l'application de l'immobilité ou de la mobilisation pendant le traitement.

Les douleurs dans la forme osseuse n'ont pas généralement au début l'acuité qu'elles présentent dans la forme rhumatismale ou capsulaire. Assez souvent, la claudication est le premier phénomène dont les parents du petit malade se sont aperçus; lorsque ces douleurs surviennent et surtout lorsqu'elles prennent un degré

prononcé d'acuité, le repos les atténue sans les faire disparaître, et très souvent alors la flexion de la cuisse sur la jambe, la rotation du membre en dedans, l'adduction de la cuisse, la rétraction des adducteurs, la douleur à la pression sur le grand trochanter, les modifications éprouvées par la région, et plus tard la formation des abcès ne laissent pas de doute sur la nature et la gravité des lésions. Ici nous pouvons discuter sur l'utilité qu'il peut y avoir à ponctionner l'articulation siège d'un abcès, sur les indications et les contre-indications de la résection ; mais nous sommes tous d'accord sur ce point, l'immobilisation complète, absolue, forme la base du traitement.

Quelquefois, assez souvent même heureusement, les phénomènes observés sont tout différents. Les douleurs ont été des plus vives au début, retentissant surtout du côté du genou, mais elles ont cédé à un traitement bien dirigé et dont le repos complet forme la base; ou bien, ce qui est fréquent, elles ont été assez modérées, avec exacerbation nocturne, le membre a présenté un allongement apparent, avec abduction et rotation légères en dehors, mais aussi avec un degré plus ou moins grand de flexion de la cuisse sur le bassin, se traduisant par une ensellure plus ou moins prononcée lorsqu'on place l'enfant dans le decubitus dorsal, sur un plan horizontal et résistant, quelquefois avec une légère adduction du membre, ou du moins avec impossibilité de ramener la cuisse dans l'abduction, par suite de la rétraction des adducteurs. Souvent dans cette forme qu'on pourrait appeler la coxalgie rhumatismale chronique ou au moins subaiguë, nous arrivons à la guérison de la coxalgie, mais sans que nous ayions eu, à aucun moment, de crainte sérieuse, quant à la formation d'abcès. C'est à cette forme plus fréquente, je crois, dans la pratique civile que dans la pratique des hôpitaux d'enfants, que nous avons surtout affaire, et c'est surtout cette forme que je vise dans cette discussion, parce que c'est dans cette forme que notre thérapeutique diffère le plus.

Il est un point sur lequel nous sommes tous d'accord. Dans la période initiale de la coxalgie, lorsqu'il existe de la douleur, et à plus forte raison quand cette douleur prend le caractère d'extrême acuité qu'elle présente parfois, tous nous condamnons le malade à l'immobilité aussi absolue que possible, le plus souvent au moyen de la gouttière de Bonnet. A cette précaution, beaucoup de chirurgiens en joignent une autre, recommandée tout d'abord par Davis et Bauer, de New-York, et sur laquelle j'ai appelé, il y a treize ans, l'attention de la Société de chirurgie lors de la discussion de 1866, je veux parler de l'extension permanente.

L'extension permanente a pour résultat, souvent à peu près immédiat et des plus marqués, de diminuer la douleur, quelquefois

de la faire disparaître. Elle a pour effet aussi de s'opposer à la flexion du membre.

Lorsque ces douleurs ont perdu leur caractère aigu, lorsqu'on peut imprimer au membre sans les réveiller des secousses assez fortes, lorsqu'en un mot on croit pouvoir permettre au malade de se lever, l'immobilisation continuant à être le moyen généralement reconnu comme le meilleur antiphlogistique, on cherche à continuer l'immobilisation de l'articulation tout en mobilisant le malade, afin de protéger la santé générale; et on leur applique un appareil inamovible dextriné silicaté qu'on maintient en place pendant de longs mois. Tel est, si je ne me trompe, le traitement adopté par M. Verneuil.

Ce traitement a incontestablement des avantages. L'immobilisation complète, absolue de l'article est certainement des plus favorable à la guérison, et notre collègue obtient par ce moyen la guérison de beaucoup de coxalgiques ; mais il a aussi un inconvénient qui m'en fait son adversaire résolu ; la guérison est obtenue, mais elle est dans l'immense majorité des cas obtenue avec ankylose. Or, l'ankylose de la hanche chez un jeune sujet, et la coxalgie est surtout une maladie de l'enfance et de l'adolescence, entraîne avec elle des conséquences qui ne sont pas sans gravité. Qui dit ankylose de la hanche dit aussi claudication, difficulté pour la station assise. Je sais bien que la mobilisation du bassin, si remarquable dans ces cas, atténue dans une large mesure ces inconvénients, mais un autre inconvénient subsiste : le défaut ou la diminution dans l'accroissement ultérieur du membre. Chez un enfant, tout membre immobilisé dans une articulation par une ankylose croît moins que son congénère, et ce défaut d'accroissement ne se montre pas seulement sur l'os qui entre dans la composition de l'articulation, il se montre sur le squelette du membre tout entier. C'est ainsi que, sur la petite fille d'un ami commun que nous vîmes l'année dernière, M. Verneuil, M. de Saint-Germain et moi, et qui avait été guérie par Dolbeau d'une coxalgie, mais guérie avec ankylose partielle, le membre présentait deux centimètres de raccourcissement, mais de ces deux centimètres un devait être attribué à la faiblesse d'accroissement du tibia. Ces exemples nous les rencontrons fréquemment.

C'est ce danger à peu près certain de l'ankylose qui me rend l'adversaire de l'immobilisation permanente de la hanche dans la forme rhumatoïde de la coxalgie et me rend partisan de la mobilisation. Il me reste à montrer qu'elle présente toute sécurité pour la guérison et qu'elle offre des avantages que n'a pas l'autre méthode.

Le plus grand nombre des malades qui se présentent à notre

observation, ne sont pas au début de leur coxalgie ; presque toujours il y a déjà un certain degré de raideur avec flexion légère de la cuisse sur le bassin, c'est-à-dire avec ensellure. Pour le chirurgien qui se propose de leur appliquer un appareil inamovible permanent ou du moins d'une application prolongée pendant de longs mois, le moyen le plus simple est de redresser le membre pendant le sommeil anesthésique et de lui appliquer l'appareil. Le mouvement pourra bien réveiller un peu d'inflammation, mais elle sera combattue victorieusement par l'immobilité. Pour moi, au contraire, qui cherche à conserver la mobilité, le redressement brusque et l'inflammation qui peut le suivre auraient des inconvénients, puisque je devrai, pour la combattre, immobiliser la jointure; je ne procède donc que par redressement lent, soit au moyen de l'appareil à double vis que j'ai décrit en 1865, soit avec d'autres appareils que j'emploie depuis assez longtemps, mais que je n'ai pas encore fait connaître et dont je parlerai plus loin.

Ce redressement, ainsi effectué lentement, n'a pas seulement pour effet de rectifier l'attitude du membre, il a sur le redressement brusque, ainsi que je l'ai dit tout à l'heure et je ne veux plus revenir sur ce point, l'avantage de conserver les mouvements gagnés par l'usage de l'appareil. Ces mouvements, il s'agit de les conserver sans que cette mobilité de l'articulation vienne compromettre la guérison de la coxalgie.

Ici intervient un autre élément que je n'ai fait qu'emprunter à la chirurgie américaine, en particulier à MM. Davis et Sayre, ainsi que je le disais à la Société de chirurgie en 1866, c'est l'extension permanente pendant la marche. C'est seulement grâce à cette extension que nous pouvons permettre la mobilisation de l'articulation pendant la marche, car la mobilisation naturelle pendant la marche, qui ne serait que la négation de tout traitement, ne donnerait que de mauvais résultats.

L'extension permanente a pour effet non pas de séparer, d'écarter les surfaces articulaires, ce qui n'est point possible, mais d'éviter ou du moins de diminuer la pression qu'exerce la tête fémorale sur le rebord supérieur de la cavité cotyloïde. Dans la coxalgie même rhumatismale ou capsulaire, le rebord cartilagineux qui fixe la capsule à la cavité cotyloïde est assez influencé par la maladie, pour que, sous l'influence de la pression, il cède peu à peu, se ramollisse, s'absorbe en produisant l'éculement de la cavité cotyloïde, écoulement qui, dans les cas où la maladie continue et passe à la période de suppuration de l'articulation et d'envahissement des cartilages et des os, porte aussi sur l'os sous-jacent. Or, du moment où l'on permet la marche au malade, le poids du corps n'est transmis aux membres inférieurs que par l'intermédiaire de la

cavité cotyloïde; la pression, les frottements, pendant que cette pression s'exerce, contribuent à produire, à accélérer ce travail d'absorption, et cet éculement de la cavité; mais la pression et les frottements n'ont point la même importance. L'application d'un appareil inamovible supprime les mouvements et laisse subsister la pression, l'application d'un appareil extenseur laisse subsister les mouvements, mais supprime la pression.

L'influence de la suppression de la pression est on ne peut plus remarquable Chez de nombreux malades, j'ai observé la succession suivante des phénomènes. L'extension supprime la douleur et permet au malade de se lever avec des béquilles; bientôt il marche sans autre soutien que l'appareil, mais avec une forte claudication, puis la claudication s'atténue, disparaît même pendant que le malade porte l'appareil tout en subsistant très marquée si l'appareil est enlevé.

Enfin la claudication disparaît absolument pendant l'usage de l'appareil pour persister légèrement sans son emploi et, au bout de quelque temps, le membre a repris ses fonctions normales sans qu'il soit besoin d'aucun appareil.

Grâce à ces moyens, j'ai obtenu la guérison de nombreuses coxalgies, guéries avec conservation des mouvements. Tous les élèves qui suivent mon service ont été témoins de ces faits. Je ne dois pas cependant laisser sur ce point le moindre malentendu, j'ai obtenu quelquefois la conservation intégrale absolue des mouvements après un an, dix-huit mois de traitement, mais ces succès brillants ne sont pas la règle et la somme de mobilité est en général des deux tiers seulement des mouvements normaux. Or, avec cette étendue, on évite la gêne dans la marche ou dans la station, la claudication et le manque d'accroissement du membre, avantages qu'on ne peut obtenir, lorsque l'immobilisation complète et de longue durée a amené l'ankylose.

Mais, si j'ai emprunté à la chirurgie américaine l'emploi de l'extension dans la marche, je ne lui ai pas emprunté ses appareils. L'appareil de Sayre n'effectue la contre-extension que d'une manière insuffisante et en prenant point d'appui sur la sangle musculaire des adducteurs. Celui de Bauer, postérieur du reste à celui de Sayre et aux miens, est, par son point d'appui ischiatique, supérieur à celui de Sayre, mais il ne peut servir au redressement, ni à l'immobilisation accidentelle et temporaire. L'appareil dont je fais usage, depuis 1864, c'est-à-dire depuis quinze ans, et que notre collègue, M. Panas, a adopté en substituant la crémaillère à la double vis servant au redressement du membre fléchi, a pour avantage de permettre la marche, en même temps que l'extension permanente est effectuée; de prendre un point d'appui solide sur

l'ischion d'une part et d'autre part sur les condyles fémoraux, surtout le condyle interne, si bien disposé pour cela; de permettre aussi d'effectuer d'une manière constante et au degré jugé utile l'abduction du membre, enfin, et c'est là un point sur lequel j'insiste, de permettre aussi, s'il en est besoin, d'arrêter facilement toute mobilisation et d'immobiliser le membre dans l'appareil.

La mobilisation ne doit être employée que lorsqu'il n'existe pas de douleur, et j'ai déjà dit à quel degré l'extension permanente l'atténue, ou la fait disparaître; mais la douleur subsiste cependant quelquefois, ou reparaît pendant la durée du traitement, et elle mérite d'autant plus l'attention qu'elle est l'indice d'un léger retour d'inflammation. Dans le traitement des arthropathies, la plus grande prudence est nécessaire, aussi faut-il revenir à l'immobilisation. Pour l'obtenir, il suffit de tourner une vis pour convertir l'appareil en un appareil d'immobilisation, et le plus souvent aussi, après quelques jours d'immobilité, le mouvement peut être rendu sans voir réapparaître les douleurs.

Lorsqu'il s'agit d'adultes, l'appareil ne descend pas au-dessous du genou et le point d'appui pour l'extension est pris, comme je l'ai dit, au-dessus des condyles fémoraux. Quand il s'agit de jeunes enfants, la brièveté de la cuisse ne permettant que difficilement l'application sur les attelles métalliques fémorales du mécanisme à crémaillère permettant l'allongement de l'appareil, je prolonge les attelles jusqu'au sol sans les articuler au genou. En bas, elles se rejoignent sous forme d'étrier qui repose sur le sol et que le pied du malade n'atteint pas. De cette façon, on est bien certain que le poids du corps est transmis directement de l'ischion au sol, sans passer par la hanche puisque le membre est en quelque sorte suspendu dans l'appareil. Mais j'y joins encore l'extension à la manière américaine par des bandes emplastiques appliquées autour de la cuisse et qui se terminent par deux bandes de tissu élastique venant s'attacher au niveau de la partie moyenne de la jambe aux deux tiges métalliques qui forment le squelette de l'appareil.

Du reste, si la mobilisation combinée à l'extension permanente dans la marche est une méthode peu connue encore en France, car je suis, je crois, à peu près le seul qui l'emploie d'une manière régulière, les manipulations, les mouvements communiqués pendant le traitement de certaines coxalgies ont été depuis longtemps employés en France. Ils ont des avantages à la condition qu'ils soient faits avec prudence, en temps opportun, avec assez de douceur pour ne pas réveiller le petit malade dormant du sommeil naturel, et notre ancien collègue d'internat, le Dr Gibert, du Havre, m'écrivait, il y a quelques jours, pour me

vanter ce moyen, dont il s'est constamment très bien trouvé dans le dispensaire, dont il a la direction et qui est consacré au traitement des maladies de l'enfance.

Le traitement que je suis depuis quinze ans pour la coxalgie m'a prouvé que, dans le plus grand nombre des cas, on peut guérir la maladie sans amener l'ankylose, que ce traitement conduit avec la prudence toujours nécessaire et appliqué aux cas qui en comportent l'emploi, ne présente ni dangers, ni inconvénients; je suis donc partisan résolu de l'extension permanente et de la mobilisation, et adversaire résolu des longues immobilisations dans le traitement de l'arthrite de la hanche.

Pour la coxalgie, comme pour les arthrites, nous nous trouvons quelquefois en face de coxalgies guéries avec raideur articulaire, mais avec ankylose et si cette ankylose est quelquefois rectiligne, le plus souvent elle présente un degré de flexion qui entraîne une ensellure assez prononcée, une déviation latérale du tronc et une claudication des plus marquée pendant la marche.

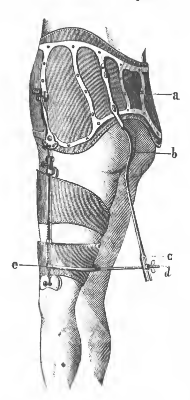
Que faut-il faire dans ces cas ? Lorsque l'ankylose nous paraît le résultat de désordres graves du côté de l'articulation, notre conduite est en général la même : nous nous abstenons. Si l'attitude est des plus fâcheuse, si la flexion est des plus marquée, si nous espérons pouvoir y porter remède sans faire courir trop de dangers au malade, nous pourrons essayer le redressement forcé en une ou plusieurs séances très espacées, mais ni les uns ni les autres, nous ne chercherons à rétablir les mouvements et nous nous contenterons de diminuer l'ensellure, la claudication. Nous chercherons à rendre la marche possible ou facile en redressant le membre que nous plaçons, une fois qu'il a été redressé par la force pendant le sommeil anesthésique, dans un appareil immobilisateur dont nous prolongeons assez longtemps la durée d'application.

Faut-il toutefois mobiliser, ou chercher à mobiliser, les ankyloses mobilisables consécutives à une coxalgie rhumatismale ou capsulaire guérie, dans laquelle nous pouvons penser que les désordres articulaires ne sont pas assez étendus pour s'opposer à toute mobilisation ? Ici les divergences vont reparaître car, je crois que notre collègue M. Verneuil est opposé à toute tentative de mobilisation, tandis que j'en suis le partisan résolu.

Mais, je le répète une fois de plus, tout est ici, comme dans les cas précédents, une question de mesure, une question de méthode; agir brusquement c'est s'exposer à des dangers, à un retour de l'inflammation, et, comme le disent avec raison MM. Verneuil et Berger, à une aggravation de l'ankylose qu'on avait la prétention de guérir. Il ne faut ni violenter la capsule rétractée dans sa

partie antérieure, s'il y a flexion, et aussi, dans sa partie inferointerne, s'il y a en même temps adduction ; il ne faut pas non plus violenter les muscles très souvent retractés, principalement le psoas iliaque et les adducteurs. Pour éviter ce danger la douceur et la persévérance sont absolument nécessaires.

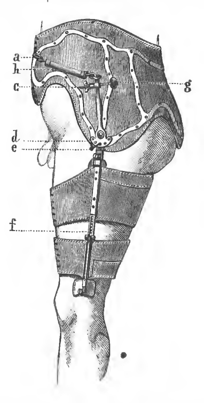
Pendant plusieurs années je me suis servi pour l'abduction d'une articulation à marteau portée par l'attelle externe près du point où elle s'articule à la hanche; pour l'extension et pour la flexion alternatives, de ma double vis allant de la ceinture pelvienne de l'appareil à la partie inférieure, un peu au-dessus du genou; mais, comme la double vis antérieure n'a qu'une action insuffisante



pour amener l'extension complète, j'y ai joint l'action d'une forte tige métallique mobile (b) qu'on applique à la partie postérieure de la ceinture (a), bifurquée à sa partie inférieure (c) pour recevoir une tige en pas de vis, terminée par deux crochets qui embrassent les attelles latérales (e) et qui, au moyen d'un écrou (d) courant le long de la tige, opère avec une très grande force, facilement graduée, la traction de la cuisse en arrière. C'est à un appareil con-

struit antérieurement sur les indications de M. Théophile Anger pour une malade que nous traitions ensemble, que j'ai emprunté cette adjonction des plus utile à l'action de ma double vis et de mon appareil décrit en 1865.

Toutefois l'emploi des appareils, que je viens de rappeler, me laissait désirer quelque chose ; l'action de la vis est lente, mais l'effort, qu'elle a déterminé, n'est que momentané et nous savons tous à quels résultats remarquables on arrive lorsque l'effort, quoique faible, est converti en un effort continu, tel qu'on l'obtient lorsqu'on met en jeu la force élastique du caoutchouc. J'ai cherché à remplir ce *désideratum* et je crois y être parvenu de la manière



suivante. L'appareil que j'emploie pour rendre les mouvements, ou pour ramener à la rectitude le membre enraidi dans une mauvaise position, après la guérison de la coxalgie, se compose d'une ceinture moulée et d'un cuissard avec pelotes extensives (f) prenant point d'appui sur les tubérosités fémorales, comme dans mon appareil ordinaire de marche, mais la force extensive est appliquée d'une façon toute différente. L'attelle externe s'articule au niveau de la hanche,

mais ne la dépasse pas, et elle est percée, au-dessous du point où elle s'articule, d'un trou foré en écrou de manière à recevoir une goupille vissée (e). Sur le même axe, s'articule une courte mais solide lame d'acier, s'évasant en demi-cercle au-dessous du trou qui sert à laisser passer l'axe du mouvement, cercle percé de trous multiples (d) dans lesquels s'engage la goupille. Cette seconde pièce continue donc solidement l'attelle externe, mais sous un angle qu'on peut faire varier en déplaçant la goupille. A son extrémité supérieure cette lame porte à la fois un trou percé en pas de vis et un crochet. Le trou donne passage à une vis (c) qui vient rencontrer une capsule d'acier (g) faisant corps avec la ceinture, de sorte qu'en poussant plus ou moins la vis on opère de force une extension plus ou moins marquée de la cuisse. Jusque-là, l'action extensive n'est pas permanente. Pour obtenir cette permanence on fixe au crochet un, deux, trois ou quatre petits cylindres de caoutchouc (h), suivant la force que l'on veut déployer et à leur autre extrémité les cylindres de caoutchouc se fixent à un crochet (a) que porte la partie antérieure de la ceinture. Leur action moins forte que celle de la vis est de solliciter incessamment l'extension de la cuisse et de maintenir sinon même d'augmenter l'action plus énergique mais passagère de la vis.

L'application de ces divers appareils m'a permis souvent d'obtenir une large mobilisation de membres guéris de la coxalgie, mais avec ankylose. Je puis même en rappeler un cas à notre collègue M. Verneuil. C'est celui d'une jeune fille, que nous vîmes avec M. Gosselin, il y a plus d'une année, peut-être deux. La coxalgie, qu'aucun de nous n'avait été appelé à traiter était guérie, mais avec luxation de la hanche, raccourcissement notable et ankylose dans une flexion assez notable pour amener une forte claudication, mais pas assez forte pour permettre à la malade de s'asseoir autrement que sur une chaise échancrée au niveau de la cuisse malade. Je crus, dans ce cas, que le redressement lent nous rendrait une somme de mouvements qu'on ne pouvait attendre du redressement brusque, et nos collègues voulurent bien me confier la direction du traitement. J'appliquai l'appareil que je viens de décrire et le résultat actuel, sans être complet, puisque je ne pouvais rien contre la luxation, est des plus satisfaisants. La cuisse est à peu près complètement redressée et, si je dis à peu près, c'est que je parle du redressement absolu; la malade peut la fléchir spontanément à angle droit, et par conséquent peut s'asseoir partout avec la plus grande facilité.

Le résultat eût été peut-être plus complet encore, si j'avais pu suivre de plus près cette malade, que je n'ai vue qu'à de trop longs intervalles de plusieurs semaines et quelquefois de plu-

sieurs mois. Or, toutes les fois qu'il s'agit de la manœuvre d'appareils et qu'il s'agit de malades de la ville, nous sommes autorisés à faire des réserves, quelle que soit la méthode employée, car nous avons à lutter contre l'indocilité des malades, les préventions, les préjugés des parents; les méthodes thérapeutiques ne sauraient seules être responsables des succès ou des insuccès, comme elles le sont, lorsque nous les employons à l'hôpital, là où nous pouvons exercer une incessante surveillance.

Conclusions: Quoi qu'il en soit, et pour terminer cette trop longue discussion d'un point, il est vrai très important, de thérapeutique chirurgicale, je résumerai ainsi mes opinions sur le sujet.

Si les reproches de notre collègue, M. Verneuil, ne peuvent s'appliquer aux ankylophobes de la société de chirurgie, je dois reconnaître qu'ils s'appliquent malheureusement trop souvent à des praticiens imprudents ou inexpérimentés qui, par des mouvements intempestifs, compromettent la guérison de certaines arthrites.

Comme notre collègue, je crois que dans les tumeurs blanches, dans les arthrites fongueuses, particulièrement dans celles du genou, l'immobilisation complète absolue et longtemps prolongée est une règle dont il ne faut pas se départir. On doit dans ces cas s'estimer très heureux d'obtenir la guérison même au prix d'une ankylose.

Mais si M. Verneuil a eu raison d'insister sur ce point, je crains qu'il n'ait dépassé la mesure et que l'horreur des mouvements qu'il cherche à inspirer aux praticiens, s'exagérant sous l'influence de la réprobation d'un clinicien de sa valeur, il ne transforme en ankylophiles un certain nombre d'ankylophobes. Si avec M. Verneuil je crois que dans beaucoup de cas le jeu naturel des muscles peut rétablir le libre mouvement des articulations enraidies après une immobilisation peu prolongée, si elles ont été malades; prolongée, si elles étaient saines; je crois aussi et j'affirme contre lui, que dans beaucoup de cas la mobilisation naturelle est impuissante et que ces raideurs ne seront efficacement combattues que par la mobilisation artificielle.

Avec notre collègue, je soutiens que l'inflammation est une cause adjuvante puissante de la rétraction, de la rigidité des ligaments et, par suite, une cause puissante d'ankylose; mais contrairement à ses opinions je soutiens aussi :

Que l'immobilisation peut enraidir une articulation saine, soit en amenant la rétraction des parties ligamenteuses relachées, soit, comme cela arrive rapidement pour les doigts, en permettant la rétraction de la peau.

Que dans les fractures la raideur des articulations voisines de l'os fracturé est une règle à peu près constante; que cette raideur peut être évitée par les mouvements communiqués sans compromettre la guérison; et que même en admettant comme fréquente la disparition de la raideur par le jeu spontané des muscles, on abrège de beaucoup par la mobilisation la durée de l'impuissance relative du membre, due à la rigidité articulaire.

Qu'après le plus grand nombre des affections articulaires, même des arthrites rhumatismales, blennorrhagiques, même des arthrites fongueuses, pourvu qu'elles n'aient été que légères et de peu de durée, la mobilisation artificielle peut rendre la mobilité à l'articulation, sans danger pour le malade, pourvu qu'elle soit pratiquée avec la prudence nécessaire.

Que pendant la durée de certaines arthrites, en particulier de la coxalgie rhumatismale, la mobilisation avec extension permanente présente sur l'immobilité de très grands avantages en permettant la guérison sans ankylose.

Que la mobilisation par manœuvres lentes, en laissant espérer le rétablissement des mouvements, doit être, dans la plupart des cas, substituée au redressement brusque des ankyloses vicieuses, car ce dernier redressement laisse subsister l'ankylose du membre redressé.

En un mot, je soutiens que la mobilisation des articulations est la règle, lorsqu'elle peut s'effectuer sans autre douleur que celle qui est due à l'extension des parties rétractées; que l'immobilisation est la règle lorsque la continuité de la douleur, son réveil à la pression font croire à une permanence de l'inflammation. Mais, si je conseille de mobiliser les articulations parce que les immobiliser c'est compromettre leurs mouvements ultérieurs et le fonctionnement des membres, je n'oublie pas non plus, que mobiliser des articulations, lorsqu'elles sont enflammées, surtout dans certaines formes d'inflammations, c'est compromettre non plus seulement les mouvements, mais même la conservation des membres et quelquefois la vie du malade. Il n'y a pas de choix absolu à faire entre l'une et l'autre méthode, et nous ne pouvons que poser des indications générales. C'est au clinicien de puiser dans son savoir, dans son expérience, dans sa sagacité, dans son tact chirurgical, les indications propres à chaque malade; à choisir pour chacun d'eux entre l'immobilisation et la mobilisation; à juger du moment où la mobilité devra remplacer l'immobilité. Quant à moi, frappé des inconvénients sérieux de l'immobilisation prolongée, ayant pu apprécier par une expérience déjà longue les heureux effets de la mobilisation artificielle, j'ai voulu réagir contre ce que me paraissaient avoir de beaucoup trop absolu les

idées défendues à cette tribune, avec conviction et avec son talent ordinaire, par notre collègue, M. Verneuil.

Communication.

M. le secrétaire général lit une observation adressée par M. Fleury, de Clermont, intitulée :

Luxation sous-conjonctivale du cristallin survenue à la suite d'un traumatisme.

Un habitant du Cantal, âgé de 48 ans, a été frappé, il y a un mois, à la région orbitaire du côté droit, par la corne d'une vache.

La douleur qu'il ressentit fut très vive. Les paupières devinrent instantanément le siège d'un gonflement considérable qui a masqué pendant plusieurs jours la saillie du globe de l'œil.

Lorsqu'il a pu le découvrir, il a remarqué qu'une tumeur violacée existait au-dessus de la cornée de l'œil blessé; la vue, légèrement affaiblie, était néanmoins conservée.

La teinte violacée a insensiblement disparu, mais le gonflement est resté le même avec une couleur différente.

Voyant que le mal persistait, il est venu me consulter à Clermont et demander à entrer à l'Hôtel-Dieu de cette ville. Il y a été reçu le 10 janvier 1880.

La paupière supérieure de l'œil droit présente, à sa partie centrale, une petite tumeur arrondie de la grandeur et de la forme d'une pièce de 20 centimes; la peau a conservé sa coloration normale, elle est indolente, légèrement rénitente et offre quelque analogie, en apparence du moins, avec certaines tumeurs enkystées des paupières.

En relevant la paupière supérieure, qui glisse facilement sur elle, on aperçoit, au-dessus de la cornée, une tumeur analogue à celle qui a été signalée. Elle est parfaitement circulaire et offre une coloration jaunâtre; la pression est indolente et donne la sensation d'un tissu mou.

La pupille est dilatée, la moitié supérieure de la circonférence de l'iris paraît adhérer à la sclérotique, comme on l'observe chez les individus qui ont été opérés de la cataracte par le procédé de Graef.

J'ai craint un instant que cette tumeur ne fût formée par une hernie du corps vitré, mais sa circonférence était si nettement dessinée qu'il était plus probable que c'était le cristallin. Il n'y avait qu'un moyen de le savoir, c'était d'y faire une petite incision. La pointe d'un bistouri l'a traversée dans toute son étendue; un produit mou, gélatiniforme, s'est échappé par l'ouverture; c'était bien évidemment le cristallin.

La tumeur a disparu et a été remplacée par une dépression circulaire en forme de godet.

La gêne qu'éprouvait le malade, et qu'il comparait à celle que pro-

duit un corps étranger, a disparu instantanément; la tumeur ne s'est plus reproduite, ce qui n'aurait certainement pas eu lieu si elle eût été formée par le corps vitré.

Le malade a quitté le surlendemain l'hôpital très satisfait de l'amélioration qu'il avait obtenue.

Je désirerais savoir si un déplacement semblable du cristallin a été observé par quelques-uns de nos collègues de la Société de chirurgie.

On décrit bien les luxations de cet organe dans l'intérieur du globe de l'œil, mais j'ignore si on en a signalé une luxation extra-oculaire.

M. Desprès fait remarquer que Fano, Jarjanay et lui-même ont eu l'occasion de voir des luxations sous-conjonctivales du cristallin. Ce qu'il y a de particulier dans le cas de M. Fleury et dans celui de M. Desprès, c'est que le malade avait conservé la vision.

M. Perrin. Je crois qu'il y a peu de chirurgiens qui n'aient observé dans leur pratique quelques cas analogues. Lorsque les blessés ont perdu la vision, c'est qu'il y a, en même temps, un décollement de la rétine ou un épanchement de sang dans les milieux de l'œil. Quand la vue est conservée, les malades sont hypermétropes à un haut degré, puisqu'ils n'ont plus de cristallin, et pour leur rendre une vision distincte, il faut armer leur œil d'un verre convergent.

M. Tillaux rappelle qu'il a présenté à la Société un malade atteint d'une luxation sous-conjonctivale du cristallin.

Lecture.

M. Burq lit un travail sur la *métallothérapie en chirurgie*.
Commission : Verneuil, Nicaise, Berger.

Présentation d'instruments.

M. Verneuil présente, au nom de M. Desprez, de Saint-Quentin, un *écraseur linéaire modifié*. Cette modification consiste dans l'établissement de deux tiges creuses, dans lesquelles glisse la chaîne qui est insérée sur deux tiges pleines conductrices. Par ce moyen on peut porter la chaîne jusque sur le pédicule d'une tumeur qui est implantée dans la profondeur d'une cavité. Lorsque la chaîne a embrassé le pédicule, on rapproche les deux tiges creuses, et on les fixe l'une contre l'autre à l'aide d'un curseur. Cela fait, l'instrument rentre dans les conditions de fonctionnement de l'écraseur ordinaire. Pour obtenir un jeu facile, M. Mathieu a fait une chaîne

mobile dans tous les sens. Cette disposition permet de faire des sections tout à fait perpendiculaires à l'axe de l'instrument.

En outre, l'écraseur modifié par M. Desprez présente l'avantage de se nettoyer facilement, ce qui n'arrive pas pour l'écraseur ordinaire.

M. Desprès. J'ai renoncé à employer l'écraseur pour enlever les polypes et le col de l'utérus, non pas à cause de la difficulté de placer la chaîne, mais parce qu'on ne peut pas éviter que cette chaîne ne glisse au moment où l'on serre. Je trouve que l'instrument de M. Desprez n'obvie pas à cet inconvénient. A ce point de vue, l'écraseur à fil de fer, et surtout l'écraseur galvano-cautère sont meilleurs. Pour embrasser un pédicule situé profondément, M. Prost a remplacé la chaîne de l'écraseur par deux tiges métalliques soudées à leur extrémité. Cette modification me semble heureuse. J'appartiens à une école qui aime les instruments qui comprennent le moins de pièces possible.

La séance est levée à 5 heures.

La Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 18 février 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris.

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Journal de médecine et de chirurgie*, le *Journal de la Société de médecine de la Haute-Vienne*, le *Lyon médical*, les *Annales de gynécologie*, l'*Alger médical*.

3° *Medical Times de Philadelphie*, *The Britisch médical*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, la *Gazette médicale Italienne-Lombarde*.

4° Une lettre de M. Ledouble, chirurgien adjoint de l'hôpital général de Tours, demandant à être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant, et adressant, à l'appui de

sa demande, trois brochures : 1° *de l'Épididymite blennorrhagique dans les anomalies de l'appareil génital;* 2° *du kleisis génital;* 3° *Traitement des hémorrhagies de la paume de la main.*

5° M. le baron Larrey offre à la Société le *Bulletin de l'Académie de médecine* pour les années 1878 et 1879 et les *Comptes rendus de l'Académie des sciences* pour l'année 1879.

6° M. Verneuil offre, au nom de M. Nepveu, un volume intitulé : *Mémoires de chirurgie.*

7° M. Périer présente, au nom de M. Guermonprez, de Lille, un travail imprimé, intitulé : *Contribution à l'étude de la myosite.*

8° M. le baron Larrey donne lecture des conclusions suivantes, qui ont été communiquées à l'Académie des sciences, à l'occasion du travail de feu Chassaignac, intitulé :

Sur les abcès osseux médullaires (1).

Conclusions. — 1. On ne doit admettre comme abcès osseux médullaires que ceux qui ont leur siège parfaitement déterminé à l'intérieur du canal de la moelle.

2. Toute ostéo-myélite purulente confinée par des diaphragmes osseux dans le canal de la moelle constitue un abcès médullaire.

3. Entre la médullite purulente et l'abcès médullaire il y a cette connexité que, pour engendrer l'abcès osseux, il a bien fallu qu'il y ait eu ostéo-myélite purulente partielle, mais il y a cette grande différence, fondée sur des caractères anatomiques certains, que la médullite essentielle et aiguë ne donne jamais lieu à des diaphragmes osseux de cloisonnement et à la trépanation spontanée, qui ne s'observent que dans l'abcès osseux.

4. Une condition anatomique de la médullite aiguë totale est incompatible, d'une manière absolue, avec le cloisonnement de la cavité médullaire et avec la trépanation spontanée : cette condition, c'est le décollement complet des membranes extérieures et intérieures d'avec l'os, ce qui constitue un obstacle invincible à la production des diaphragmes et à la trépanation spontanée.

5. L'existence de la médullite partielle limitée par des diaphragmes osseux est cliniquement et anatomiquement démontrée par des observations et préparations authentiques.

6. Les observations prouvent que le canal médullaire peut être le siège d'abcès clos par diaphragmes osseux, non-seulement dans l'une ou l'autre extrémité du canal, la supérieure ou l'inférieure, mais encore au centre même du canal, clos dans ce cas par deux diaphragmes distincts.

(1) Séance de novembre 1879. Extrait des *Comptes rendus de l'Académie des sciences.*

7. Quand l'abcès osseux médullaire se forme dans un os qui vient d'être le siège d'une ostéo-myélite purement plastique, on observe les faits suivants :

1° L'engaînement de l'os malade par des couches néo-plasiques ;

2° L'adhérence intime et forte du périoste aux couches néo-plasiques ;

3° L'agrandissement en diamètre du canal médullaire ;

4° Le cloisonnement à la limite de l'abcès par des diaphragmes osseux ;

5° La trépanation spontanée du canal médullaire.

Ces phénomènes ne s'observent jamais dans la médullite purulente totale.

8. L'agent de la trépanation, le trépan organique, est le périoste.

9. Dans les abcès médullaires, pas plus que dans les abcès en pleine substance, il n'y a jamais de nécrose. On ne trouve que des phénomènes d'hyperplasie, soit condensante ou interstitielle, soit limitante, soit engaînante.

10. Les abcès médullaires, comme tous les autres abcès des os, peuvent être produits par des causes traumatiques ou par des causes organiques.

11. L'agrandissement de la cavité de la moelle dans les abcès médullaires est un phénomène de nutrition et d'accroissement de la paroi du canal. Il importe, dans les accroissements, de discerner deux modes tout à fait dissemblables l'un de l'autre : 1° les accroissements par crevasses ou perte de substance; 2° les accroissements par hyperplasie interstitielle.

12. Le processus plastique dans les abcès osseux s'exprime par les manifestations suivantes : 1° l'éburnation; 2° l'emboîtement par des couches de nouvelle formation; 3° la fermeture par des tampons osseux dans les médullites purulentes partielles (*ostéite limitante*).

14. Voici les différences capitales entre la médullite purulente et la médullite plastique : 1° la médullite purulente aiguë est essentiellement décollante des membranes, périoste et membrane médullaire; la médullite plastique est tout le contraire; elle fait adhérer les membranes d'enveloppe plus fortement qu'à l'état normal; 2° la médullite plastique, quand elle a précédé la médullite purulente, rend possible la trépanation spontanée; la médullite purulente rend cette trépanation absolument impossible.

15. Un abcès médullaire n'est possible qu'à la condition d'avoir été précédé et accompagné d'une ostéite engaînante et d'une ostéite limitante.

Communication.

M. *Lannelongue* fait une communication sur

LES ABCÈS FROIDS TUBERCULEUX DU TISSU CELLULAIRE.

Pour ne donner lieu à aucune équivoque, je dirai que je comprends sous ce nom des collections purulentes ayant tous les caractères des abcès froids, dont l'origine doit être rapportée à un produit tuberculeux du tissu cellulaire. L'abcès n'est en réalité qu'une circonstance secondaire de l'évolution locale du foyer tuberculeux primitif; le tubercule est la lésion primitive, et je dirai essentielle; mais plus tard, un véritable abcès limité par une membrane, à qui revient véritablement le nom de pyogénique, succède à la période initiale, et, si l'on n'assiste pas à l'évolution du mal, on serait dans le plus grand embarras pour retrouver l'origine première. L'abcès, avec les suites qui en découlent, est alors toute l'affection, et c'est d'habitude sous cette forme que se présentent les cas que l'on a sous les yeux. Ces abcès constituent donc une marque nouvelle de la tuberculose, et ils sont, chez certains sujets, la seule que l'on reconnaisse au moment où on les observe. Il est même des enfants qui n'ont présenté jusqu'alors aucun des attributs vulgaires de la scrofule. Mais telle n'est pas la règle, et on retrouve ordinairement des atteintes antérieures manifestes de cette dernière diathèse. Il arrive aussi qu'au cours de l'évolution de ces abcès, une localisation nouvelle du tubercule se manifeste, et c'est quelquefois une méningite, comme j'en ai observé deux exemples.

Avant d'aborder le détail des circonstances au milieu desquelles peuvent apparaître ces abcès, il n'est que juste de donner un court aperçu de l'état de la question. J'ignorais ces travaux lorsque je poursuivais cette étude, mais je suis heureux de venir confirmer au moins certaines opinions émises et d'ajouter, avec d'autres faits, quelques données cliniques et anatomo-pathologiques qui ont encore besoin d'ailleurs de développements plus étendus.

Ce n'est pas sous le nom d'abcès tuberculeux qu'on décrit une catégorie de ces abcès, mais bien sous celui de gommes scrofuleuses; d'après MM. Brissaud et Josias (1), ce serait M. Vidal qui leur aurait le premier donné cette appellation en 1873, à l'hôpital Saint-Louis.

C'est également à l'hôpital Saint-Louis que M. Besnier a, dans

(1) Brissaud et Josias; Des gommes tuberculeuses et de leur nature tuberculeuse, *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie* (nos de novembre et décembre 1879).

ses conférences cliniques et dans des pièces déposées au musée de cet hôpital, appelé l'attention sur ces tumeurs, et on trouve dans la thèse de M. Voguet (Paris, 1877) sur la *dactylite strumeuse infantile* une observation, la première, qui est un type de ces scrofulides. Mais il revient à MM. Brissaud et Josias (*loc. cit.*) d'avoir nettement démontré la nature tuberculeuse des gommes scrofuleuses, en même temps qu'ils ont bien établi le siège primitif du dépôt tuberculeux, non dans la peau, mais au-dessous du derme. On trouvera exposé, dans ce travail, la part qui revient légitimement à Bazin, Lebert et, avant eux, à J. Hunter, Alibert, ainsi qu'à quelques médecins étrangers, Hans, Chiari, Bizzozero, qui ont publié des faits analogues aux précédents sous les noms de molluscum tuberculeux (Bazin), tumeurs circonscrites (Hunter), tumeurs ou abcès scrofuleux.

L'étude que nous avons faite de ces tumeurs au début, comme à une période tardive, confirme pleinement l'opinion de MM. Brissaud et Josias sur leur nature tuberculeuse. Mais les abcès tuberculeux ne comprennent pas seulement que cette variéte de tumeurs, qui se développent immédiatement sous le derme dans le tissu sous-cutané en prenant cette physionomie particulière, qui leur a fait donner le nom de gommes; ils se montrent encore dans des régions plus éloignées de la peau ; et alors l'affection n'a nullement la ressemblance d'une gomme, c'est-à-dire, d'une affection cutanée. Elle prend vite les caractères de l'abcès froid proprement dit. Cet abcès a un développement qui peut devenir considérable. Telle n'est pas, pourtant, ma pensée de vouloir dire que les abcès froids sont exclusivement tuberculeux, qu'ils ont une cause génératrice constante qui serait un foyer tuberculeux.

Il est bien entendu qu'il n'est question que des abcès froids non symptomatiques d'une lésion osseuse, ces derniers formant une famille à part. Mais il est hors de doute qu'un certain nombre d'abcès froids proprement dits se formant loin de la peau sous un pannicule graisseux épais, comme à la fesse, plus profonds encore et sous-aponévrotiques, sont de même nature que les gommes scrofuleuses ou mieux tuberculeuses. On trouverait déjà presque la confirmation de cette assertion dans ce fait, auquel s'ajoutent d'ailleurs d'autres données, qu'on voit souvent ces abcès chez des sujets, qui ont ces mêmes gommes sur d'autres régions du corps; mais ce ne serait là qu'un commencement de preuve si l'histologie pathologique ne venait pas donner une solution définitive.

Les abcès froids tuberculeux apparaissent fréquemment dans le cours des affections chroniques des os. On ne doit pas pour cela les déclarer symptomatiques de ces lésions, car ces abcès ont un siège éloigné, tout à fait indépendant de la lésion osseuse ; on

les trouve à l'avant-bras, au bras, lorsque la lésion occupe un phalange, un métacarpien, un os de la main. Il arrive encore qu'un des os du membre supérieur ou inférieur est atteint et que ces abcès se développent sur un autre membre sain ou sur le tronc. Il est incontestable qu'on trouve une application rationnelle de ces variétés de faits dans cette influence générale, véritable cause spécifique, qui dissémine sans ordre et sans lien apparent ces manifestations locales.

Pourtant il en est parmi eux qui se présentent avec une telle évidence, qu'une autre explication paraît leur convenir, qui n'atténue, d'ailleurs, en aucune manière, l'influence de la diathèse. Cette explication trouvera naturellement sa place à la suite des observations que je groupe en deux parts : 1° abcès tuberculeux apparaissant dans le cours des affections osseuses chroniques; 2 abcès tuberculeux simples.

I. Abcès tuberculeux apparaissant dans le cours des affections chroniques des os.

Obs. I. — *Spina Ventosa (ostéite tuberculeuse) de la dernière phalange du doigt annulaire de la main droite ; abcès tuberculeux multiples de l'avant-bras du même côté.*

Léger (Louis), garçon agé de 4 ans, entre dans mon service à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 24, le 5 juin 1879. Les parents de cet enfant, qui sont venus à l'hôpital, paraissent jouir d'une bonne santé ; ils n'accusent pas d'antécédents tuberculeux chez leurs propres parents. Le petit garçon a été allaité par sa mère. A l'âge de huit mois il eut une bronchite violente qui menaça sa vie. Il n'a eu aucune des fièvres éruptives auxquelles sont si exposés les enfants ; mais au dire de la mère sa santé est délicate. Il n'a pas eu d'affection des yeux; il ne porte pas d'engorgements ganglionnaires au cou ou ailleurs. Son apparence est ordinaire, peut-être plutôt chétive. Entre le huitième et le neuvième mois de sa vie, la dernière phalange du pouce de la main droite commença à se tuméfier. Quelques mois plus tard, la première phalange de l'annulaire se tuméfia aussi. Depuis lors l'évolution de ces ostéites à suivi la marche du spina ventosa, et elles ont abouti à des abcès qui se sont ouverts au pouce il y a huit mois, à l'annulaire il y cinq mois.

État actuel. Cet enfant est blond et, comme je l'ai dit, son apparence est ordinaire. A part les lésions osseuses de la main droite, il ne présente pas d'autres manifestations scrofuleuses; il ne tousse pas et l'auscultation ne révèle rien d'anormal dans sa poitrine.

Membre supérieur droit. Il existe, comme je l'ai dit, un spina ventosa au pouce et à l'annulaire. Ces lésions ont deux ans de durée et elles sont aujourd'hui les suivantes. La section du pouce correspondant à la dernière phalange, à la phalange onguéale, est très déformée; elle est renflée comme une massue. L'augmentation de volume porte sur le dia-

mètre, transverso et antéro-postérieur. Le diamètre transverse a près d'un centimètre en plus que du côté sain ; le diamètre antéro-postérieur a aussi 12 millimètres de plus que l'autre. L'ongle a pris un développement correspondant; il a 18 millimètres transversalement, il n'en a que 8 du côté sain ; sa longueur est double de l'autre. Il s'étale, en un mot, sur la massue.

Les parties molles voisines sont épaissies et tassées. Elles présentent, au niveau de la pulpe, une ulcération ayant la dimension d'une pièce de vingt centimes, par où s'échappe des fongosités. Par l'exploration de cette ulcération avec un stylet on s'engage facilement dans les bourgeons charnus et on arrive sur la phalange ; le stylet pénètre facilement dans l'os qui paraît creusé comme d'une cavité ; on n'y reconnaît, pas de séquestre proprement dit, mobile ou adhérent. L'exploration au stylet brise quelques petites lamelles et elle permet de reconnaître de concert avec l'examen des parties molles, que cette phalange a un volume beaucoup plus grand que de l'autre côté.

Doigt annulaire. La diaphyse de la première phalange de ce doigt est très notablement augmentée de volume ; elle est renflée dans son milieu et jusqu'à l'épiphyse inférieure. Les parties molles peau et couche sous-cutanées glissent sur elle et n'offrent pas d'épaississement. Au côté interne de ce doigt, en regard du tiers inférieur de la phalange, existe une ulcération petite en cul de poule ; un stylet engagé dans cette fistule arrive dans cette phalange. Il n'y a pas eu, au dire de la mère, élimination d'esquilles pas plus que dans le pouce.

Les mouvements du doigt sont normaux et les articulations phalangiennes libres.

Telles sont les lésions osseuses ; mais en même temps cet enfant porte deux tumeurs: l'une placée sur la face externe de l'avant-bras, vers son milieu ; l'autre est sur la face dorsale de la main au-dessus de la racine du pouce, près du poignet, ainsi qu'en témoigne le dessin que je mets sous vos yeux.

De ces deux tumeurs, l'une, celle de l'avant-bras, est absolument ramollie à son centre, dans lequel le doigt pénètre comme dans une partie dépressible, ne rencontrant de résistance qu'au pourtour. La peau qui la recouvre a une couleur rosée fine sur le point culminant, elle paraît prête à crever. La seconde, celle de la face dorsale de la main, n'en est pas encore à la période du ramollissement, elle est à peu près également dure, située sous la peau, mais adhérente à la face profonde du tégument. L'apparition de ces tumeurs remonte à deux mois pour la première, celle de l'avant-bras, et à vingt-cinq jours pour la seconde, celle de la main. Ce fut par hasard que la mère vit apparaître ces petites indurations qui ont toujours été indolentes, et ne la préoccupaient en aucune manière. Persuadé que l'extirpation de ces tumeurs n'offrait aucun danger, j'ai cru d'autre part qu'il y avait un intérêt spécial à connaître ce qu'étaient ces tumeurs et je les ai enlevées après avoir endormi l'enfant. Pour procéder aisément à leur extirpation, j'ai recouru à l'emploi de la bande d'Esmarch et j'ai dis-

séqué ces deux tumeurs sans les ouvrir. L'examen microscopique a été fait au laboratoire du collège de France et on a reconnu toutes les particularités des lésions tuberculeuses, que je relate à l'anatomie en étudiant la marche et l'évolution des abcès froids tuberculeux pathologiques. Les suites de ces petites opérations furent promptement suivies de réparation.

Je n'ai pas cru devoir intervenir pour les lésions osseuses de la main.

Au résumé, un enfant, âgé de quatre ans, portait des lésions chroniques des deux phalanges ; ces lésions dataient de deux ans. De minime importance, elles n'étaient accompagnées que d'une suppuration presque insignifiante, qui ne s'était formée qu'un an après l'apparition des spina ventosa, et qui cessait par intervalle. Sur ces entrefaites il se produit sur l'avant-bras et la main du côté malade, loin de ces lésions osseuses, deux petits abcès tuberculeux, qui évoluent comme les lésions osseuses elles-mêmes avec la plus grande lenteur.

Tel est ce premier fait ; j'en rapproche le suivant.

Obs. II. *Spina ventosa multiples des phalanges. — Ostéite chronique du tibia et de la première phalange du gros orteil. — Abcès tuberculeux multiples.*

Guillot (Emile), âgé de 12 ans 1/2, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 16 avril 1879, salle Napoléon, nº 45. Le père de cet enfant est alcoolique et grand viveur, au dire de la mère, qui paraît bien portante. Quant à lui, c'est un type de scrofuleux par les nombreuses manifestations qu'il a eues ou qu'il porte encore. A l'âge de 5 ans, après avoir eu de la gourme très abondamment pendant sa première enfance, il fut pris d'un engorgement ganglionnaire cervical considérable qui a toujours persisté depuis, malgré deux séjours consécutifs et assez prolongés sur les bords de la mer, à Berck. Il a eu la rougeole à l'âge de six ans. L'an dernier, il a éprouvé une première manifestation du côté des os, et depuis lors il s'en est produit une série d'autres ainsi que des abcès froids; toutes ces lésions nécessitent d'être décrites avec ordre.

Etat actuel. Cet enfant est assez grand, mais il est chargé de graisse et offre tout de suite les marques de la scrofule. Ce sont : au cou, du côté gauche, un engorgement des ganglions cervicaux parotidiens et sous-maxillaires; du côté droit du cou, des ulcérations superficielles ou plus profondes serpigineuses, recouvertes de croûtes; à la face, une ulcération adhérente à l'os malaire au côté externe de l'orbite. Dans les membres les désordres sont les suivants :

1° Membre supérieur gauche, spina ventosa de la deuxième phalange du doigt médius. Cette lésion remonte à un an, elle a eu une marche lente; le gonflement a été profond, puis il s'est formé un abcès qui s'est ouvert au côté externe du corps de la seconde phalange ; des fongosités ont envahi ensuite les parties voisines, les gaines des ten

dons en particulier. Avec le stylet on arrive dans la phalange aisément. Les mouvements du doigt sont presque abolis. Il est dans une flexion incomplète; la troisième phalange est fléchie sur la seconde à angle droit; celle-ci est aussi un peu fléchie sur la première; le doigt est comme un crochet. L'ulcération au niveau de la phalange malade a pris, comme celles dont je parlerai plus loin, les caractères scrofuleux; elle est déchiquetée, mamelonnée sur ses bords, sans tendance à la cicatrisation. En même temps il porte sur la face dorsale du poignet de ce membre, sous la peau, un noyau induré du volume d'un petit pois; ce noyau est indolent, il est indépendant de la peau, qui glisse au-devant de lui, et des parties voisines sur lesquelles il se déplace facilement. Les ganglions axillaires sont un peu développés.

2° Membre supérieur droit. Il y a huit mois que la première phalange de l'indicateur de cette main a été prise d'un gonflement qui s'est toujours et lentement développé depuis. Un petit abcès s'est ouvert sur la face palmaire de cette phalange il y a deux ans environ. Aujourd'hui la section de ce doigt, correspondante à la première phalange, a un volume énorme, plus que double de l'état normal. Elle a l'apparence d'un manchon d'où se dégage le reste du doigt. Ce gonflement est constitué, à n'en pas douter, par une infiltration de fongosités des parties sous-cutanées jusqu'à la phalange malade; la tension de ces parties est très grande. Quant à la phalange, on l'explore facilement avec le stylet, on pénètre dans le corps de l'os à travers les fongosités qui en naissent. Il est probable qu'un nouvel os périosté entoure la phalange ancienne atteinte à divers degrés. Les articulations voisines paraissent saines. Le doigt a une attitude un peu fléchie, les mouvements sont à peu près impossibles.

En même temps, on trouve sur le même membre les désordres suivants : quatre tumeurs y existent à divers degrés de développement. Elles sont toutes indépendantes du mal et n'ont avec lui aucune continuité apparente; les rapports sont éloignés. La première tumeur siège sur la face dorsale du doigt malade immédiatement en arrière de la lésion osseuse; c'est un très petit abcès fluctuant avec amincissement de la peau. La seconde tumeur occupe la face dorsale de la main et du poignet; elle a le volume d'une noix; elle est très fluctuante. Le siège de cette collection est sous la peau et absolument indépendant des gaines des extenseurs, qui sont libres. Sur le sommet de cette tumeur, la peau est amincie et prête à crever.

Les deux dernières tumeurs sont placées sur la région dorsale et externe de l'avant-bras, l'une au tiers supérieur, l'autre au tiers moyen. L'une est dure et sous-cutanée. Quoique adhérente à la face profonde de la peau, elle donne la sensation d'un grain d'orge. La dernière, enfin, est fluctuante et a le volume d'une noisette. Ces tumeurs sont toutes de date récente relativement au spina ventosa. Celle qui, pour la première fois, a attiré l'attention du jeune malade remonte à deux mois. Le ganglion sus-épitrochléen est un peu plus gros que de coutume; les ganglions axillaires ne sont pas reconnaissables.

3° Membre inférieur droit. Le tibia de la jambe de ce côté présente

une ostéite à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs ; il existe un gonflement diaphysaire à ce niveau, et un trajet fistuleux, consécutif à un abcès symptomatique, permet d'arriver sur l'os malade, qui est dénudé, sans qu'on puisse cependant pénétrer dans le corps de l'os. Cette ostéite date de quelques mois; elle s'est développée avec lenteur sans phénomènes douloureux. Enfin, en même temps que le tibia était atteint, un spina ventosa se formait sur la première phalange du gros orteil du même membre, et une poussée de même nature se faisait sur le calcanéum et amenait un nouvel abcès. Ces deux dernières lésions osseuses ont été relativement minimes et sont aujourd'hui en voie de guérison. L'examen des parties molles du membre, pour y rechercher des complications analogues à celles des membres supérieurs, fait découvrir un noyau d'induration sous-cutané au tiers supérieur de la jambe et sur sa face antéro-interne. Ce noyau a le volume d'un pois; il est sous peau, présentant cependant une légère adhérence avec la face profonde de la peau. Les ganglions cruraux sont un peu développés.

4° Le membre inférieur gauche n'offre aucune lésion du squelette ou des parties molles.

Cet enfant a été ausculté, et il n'offre aucune altération pulmonaire appréciable; il n'a jamais eu d'ailleurs de disposition à contracter des bronchites.

En résumé, cet enfant présente des altérations multiples du squelette et, dans les parties molles voisines de ces altérations, sous la peau et presque dans la peau, il porte une série de tumeurs à divers degrés de leur évolution. J'ai extirpé deux de ces tumeurs aprés avoir préalablement appliqué la bande d'Esmarch. Elles ont été étudiées histologiquement et sont d'origine tuberculeuse.

Avant d'aller plus loin, je crois utile de m'arrêter sur ces deux exemples. Les lésions des os sont apparues les premières et elles persistaient depuis fort longtemps, lorsque sur le membre du même côté se sont développés les abcès tuberculeux, dont on suivait l'évolution depuis le début jusqu'à leur entier développement. Est-ce uniquement sous l'influence de la tuberculose que l'on doit placer la cause génératrice de ces abcès secondaires ? Sans doute on ne peut éloigner l'intervention diathésique et méconnaître que, si elle détermine une manifestation sur un os de la main, elle peut déterminer à côté, dans les parties molles, dans le tissu cellulaire, de nouvelles manifestations du même ordre. Dans cette hypothèse, on n'accorderait aucune importance à l'inoculation de produits tuberculeux développés dans la squelette et étant venus se greffer sur un point plus ou moins rapproché de l'os primitivement affecté. L'inoculation expérimentale du tubercule est cependant un fait aujourd'hui démontré, et d'autre part, il est à remarquer que les abcès tuberculeux s'observent beaucoup plus souvent à la suite

de lésions osseuses de même nature des os placés superficiellement comme les phalanges et les métarcapiens, qu'à la suite des lésions tuberculeuses des os profondément situés. J'ai observé plusieurs malades dans ces dernières circonstances avec des abcès tuberculeux ; mais alors ces abcès n'ont plus un siège qui paraisse aussi directement en rapport avec la lésion osseuse. Au contraire, dans les os superficiels qui sont en connexion plus facile avec les réseaux lymphatiques ou terminaux abondants, les abcès tuberculeux apparaissent dans le membre du côté de la lésion, et ils en sont plus ou moins rapprochés sans être en connexion directe avec elle.

Ces considérations me paraissent de nature à justifier la possibilité d'une inoculation directe, sans méconnaître toutefois que lorsqu'elle se produit, le sujet est déjà depuis longtemps sous l'influence de la tuberculose.

Dans les observations qui suivent on trouve,en même temps que des lésions osseuses, des abcès tuberculeux du tissu cellulaire sous-cutané, mais il n'existe plus, comme dans les faits précédents, une relation aussi directe entre le siège de ces abcès et la lésion des os. Ainsi,par exemple,on trouvera quelquefois une lésion d'un os de la main ou du pied et les abcès tuberculeux occupant un membre autre que celui qui est le siège de la lésion osseuse, quelquefois le tronc. Mais ils se rapprochent des précédents, ils ont avec eux cette analogie que les abcès ne se montrent qu'un temps plus ou moins long après l'existence des lésions osseuses. Je crois inutile de donner de longues observations ; il me semble qu'un court résumé sera aussi satisfaisant et présentera les choses avec plus d'évidence.

Obs. III.—*Lésions osseuses sur trois membres ; le quatrième membre, qui n'est pas atteint, présente au contraire des abcès sous-cutanés.*

Jules Pataux, 22 mois, entré le 2 mai 1879, salle Napoléon, n° 19. Enfant nourri par sa mère. Il a eu la coqueluche à l'âge de 8 mois. N'a pas été atteint de fièvres éruptives. Pas de traces d'engorgements ganglionnaires au cou ; pas d'affections des yeux. Son apparence est assez belle, malgré les lésions multiples dont il est atteint et qui sont : 1° Membre supérieur droit.Quatre doigts sont atteints de spina ventosa. Ce sont la première phalange du pouce, la première phalange de l'index, la seconde phalange du doigt médius, la première phalange du petit doigt. Celui du pouce est seul à la période de suppuration. Il n'y a pas d'abcès dans le reste des membres.

2° Membre supérieur gauche : spina ventosa du métacarpien du pouce et du cinquième métacarpien ; celui-ci est accompagné d'un abcès placé en regard de la lésion. Le reste du membre n'offre pas d'abcès.

3° Membre inférieur droit. Ce membre ne présente pas de lésions

osseuses, mais il existe un abcès froid sous-cutané sur la jambe, dans le tissu cellulaire placé en arrière du tendon d'Achille. De même en haut, sur la fesse, on trouve, adhérent à la peau, un noyau consistant, qui n'est pas autre que le premier degré de l'abcès tuberculeux avant la période de ramollissement. Ce noyau a le volume d'un grain de riz; il est à noter qu'il est un peu adhérent à la peau.

4° Membre inférieur gauche. Il n'y a d'autre lésion osseuse que dans le premier métatarsien, qui est gonflé dans tout son corps et qui présente en avant, près de sa tête, une couche de fongosités faisant un relief très proéminent sous la peau et en voie de ramollissement. Sur la face antérieure de la jambe existe à son milieu, un petit abcès sous-cutané et cutané; la peau très fine est sur le point de s'ouvrir. A la racine du membre, on trouve un second noyau, du volume d'une petite cerise, également compris dans la peau avec desquamation superficielle à son niveau. Il semble que cet abcès soit en voie de résolution, tandis, au contraire, que dans le précédent la petite poche va s'ouvrir spontanément. Cet enfant a succombé, le 3 juin, à une atteinte de croup. On a examiné histologiquement les abcès en voie d'évolution.

Obs. IV. — *Spina ventosa de plusieurs phalanges.— Abcès tuberculeux du volume d'une noix.*

Rourgeole (Edouard), âgé de 2 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, salle Napoléon, n° 22, le 31 mars 1879. Cet enfant ne porte pas de traces de scrofules ou, du moins, pas d'engorgements ganglionnaires. Il vient à l'hôpital pour les lésions suivantes :

1° Membre supérieur droit. L'annulaire de la main droite présente une spina ventosa de la première phalange ; une ulcération de la peau avec trajet fistuleux communique avec l'intérieur de la phalange. Le premier métacarpien de cette main est atteint d'une lésion identique. Au niveau du coude, en arrière et en dehors, il existe un abcès froid sous-cutané du volume d'une noix. Cet abcès est idiopathique, l'articulation du coude est normal et les os parfaitement sains.

2° Main gauche. La première phalange de l'indicateur est atteinte d'ostéite avec fistule cutanée. Le reste du membre est sain ainsi que les autres régions du corps. Cet enfant a été pris de variole hémorrhagique et a succombé le 28 avril 1879. A l'autopsie on n'a constaté dans les deux poumons, qui ont été examinés avec soin, qu'un seul tubercule du volume d'un pois au sommet du poumon droit. Mais on a trouvé des noyaux caséeux dans plusieurs ganglions bronchiques. Les poumons présentaient des infiltrations sanguines parenchymateuses et sous-pleurales provenant de la variole. L'examen histologique des lésions a été fait.

Je ne ferai sur ce fait qu'une remarque. Il n'existait qu'un seul tubercule pulmonaire et encore était-il en voie de crétification.

Obs. V. — *Spina ventosa ancien de la seconde phalange de l'index; ostéite du cubitus. — Abcès tuberculeux.*

Magné (Blaise), âgé de 8 ans, entre à l'hôpital, salle Napoléon n° 32,

Cet enfant, au dire de la mère, a joui d'une bonne santé; il n'a eu que la rougeole, il y a quatre ans. Pas de traces de scrofule, ni ganglions, ni maux d'yeux, ni écoulement d'oreilles. Il est petit de taille, mais il paraît assez fort.

Membre supérieur droit. Il existe un spina ventosa de la seconde phalange de l'indicateur, datant d'un an, ayant suppuré, et qu'on peut considérer comme guéri aujourd'hui. Le cubitus est atteint d'une ostéite diaphysaire dans son quart inférieur, avec abcès du volume d'une noix en regard de la lésion. En même temps, on trouve sur la région externe de l'avant-bras, du même côté, un petit abcès sous-cutané faisant corps avec la peau, placé un peu au-dessous de l'articulation.

Obs. VI. — *Spina ventosa guéri du quatrième métacarpien de la main gauche. Tumeur blanche du genou droit provoquée par des tubercules du tibia. Abcès tuberculeux du dos de la main gauche et de l'avant-bras droit. — Méningite tuberculeuse, mort.* (*Résumé.*)

Montmayeur (Eugène), âgé de 5 ans, entré à l'hôpital Sainte-Eugénie le 16 janvier, salle Napoléon, n° 21. Enfant bouffi, sans engorgements ganglionnaires antérieurs, ni maux d'yeux. Il a eu la coqueluche et la rougeole à l'âge de trois ans. L'année dernière, au mois d'octobre, il se mit à boiter et le genou devint un peu gros ; cet état a persisté depuis. Un peu plus tard, la main gauche se tuméfia à son tour. Enfin, au mois de décembre dernier, un petit gonflement s'est produit à la partie postérieure de l'avant-bras droit au-dessous du coude. Etat actuel de ces lésions : Le genou droit présente des fongosités sur certains points de la synoviale ; la pression des os, du tibia en particulier, est douloureuse. Sur la main gauche on trouve un abcès sous-cutané, du volume d'une grosse noisette, sans changement de couleur à la peau ; le corps du quatrième métacarpien sur lequel repose cet abcès paraît gonflé et l'abcès semble lui adhérer. Enfin, il existe un second abcès sous-cutané, sur la partie postérieure de l'avant-bras droit au-dessous du coude ; cet abcès est mobile sur le cubitus et cet os n'offre aucune tuméfaction. La peau, au niveau de l'abcès, est amincie.

Dans les premiers jours de février, cet enfant éprouve des phénomènes singuliers qui font craindre un méningite. Et, en effet, cette maladie se confirme, l'enfant succombe le 16 février.

Autopsie le 17. On constate dans l'encéphale des granulations tuberculeuses sur la pie-mère, avec des plaques d'infiltration purulente sur diverses régions de la convexité des hémisphères et dans la scissure de Sylvius. Les poumons sont congestionnés. Par une recherche minutieuse à l'aide de coupes multipliées, on ne trouve qu'un seul tubercule sous-pleural dans le lobe moyen du poumon droit ; il a le volume d'un gros pois. Quelques ganglions bronchiques sont caséeux. Dans le genou affecté de tumeur blanche on trouve quelques fongosités de la synoviale ; elles sont peu abondantes. Mais le tibia présente, dans l'épiphyse correspondante, un noyau d'un blanc jaunâtre qui tranche, par sa couleur, sur la couleur rouge voisine du tissu aréolaire. L'extrémité inférieure du fémur a dans son épiphyse un

noyau semblable. On trouve aussi dans un corps vertébral d'une vertèbre lombaire un noyau jaunâtre.

A la main gauche, l'examen du quatrième métacarpien prouve qu'il a été atteint de spina ventosa ; le corps de l'os est irrégulier, plus épais que son congénère, mais cette lésion paraît aujourd'hui guérie. L'abcès qui existe à son niveau, sur le dos de la main, repose sur son périoste au niveau du point épaissi ; mais il s'est pour ainsi dire isolé et est devenu en quelque sorte indépendant de la lésion osseuse. La poche ne fait qu'adhérer au périoste.

Cet abcès est entièrement rempli par une matière caséeuse jaunâtre. Enfin, l'abcès du dos de l'avant-bras droit est placé dans le tissu cellulaire et le cubitus est normal.

L'autopsie a montré dans cette observation comme dans celle du sujet de l'observation IV, que lés poumons n'avaient pour ainsi dire pas de tubercules; car à une recherche minutieuse on n'a trouvé, dans l'un et l'autre cas, qu'un seul petit noyau tuberculeux. C'est là un fait qu'il importait de signaler.

Mais en outre, ces deux exemples viennent confirmer, une fois de plus, cette loi que le professeur Parrot a mis hors de doute, qui établit la subordination des lésions des ganglions à celle des organes dont ils dérivent.

II. Abcès tuberculeux sans lésions des os.

Le volume de ces abcès est plus ou moins considérable. Ils sont froids par leur évolution lente et l'absence de toute réaction. Ils sont placés sous la peau, sous le pannicule graisseux sous-cutané, sous les aponévroses. Leur physionomie est toute différente de celle des gommes tuberculeuses, qui paraissent faire corps avec la peau et qui sont bien circonscrites en même temps que d'un petit volume ; c'est celle des abcès froids ordinaires. On n'assiste pas d'habitude à la première période, cette période initiale où existe un état de crudité précédant le ramollissement et l'abcès. On les voit bien formés comme abcès, et c'est tout au plus, quelquefois, s'il reste un engorgement périphérique plus ou moins prononcé. De telle sorte qu'au premier abord, rien n'autorise à les considérer comme d'origine tuberculeuse. Mais il arrive qu'à côté de ces abcès isolés, on trouve chez d'autres sujets, sur une région du corps, des gommes tuberculeuses, comme dans les cas où il existe des lésions osseuses, et l'identité de nature devient alors évidente. La différence de siège explique seule les différences de l'évolution. Au surplus, l'anatomie pathologique de la poche établit l'existence des mêmes lésions. Les observations qui suivent m'ont paru concluantes.

Obs. VII. — *Abcès froid de la cuisse gauche ; nodosités tuberculeuses ou gommes sur l'avant-bras.*

Luller Jean, âgé de 2 ans et demi, entre à l'hôpital le 5 avril 1879, salle Napoléon, n° 18. Cet enfant a été nourri par sa mère et n'a pas fait de maladies proprement dites avant son sevrage. Il a eu cependant beaucoup de gourmes qui ont été accompagnées d'engorgements ganglionnaires au cou ; il a eu en même temps de la conjonctivite chronique. La mère raconte qu'il y a environ un mois, elle s'est aperçue accidentellement d'un petit gonflement sur la partie antérieure et un peu externe de la cuisse gauche dans son milieu. Ce gonflement était dur, puis il s'est un peu ramolli ; elle l'amène pour cela à l'hôpital. Je l'ai pris dans mon service et voici son état actuel. Enfant assez fort, un peu bouffi ; il a manifestement quelques attributs de scrofule, glandes au cou, lobule de la lèvre un peu saillant, des blépharites anciennes. La tumeur pour laquelle il entre à l'hôpital a le volume d'un petit œuf, elle est très fluctuante ; la peau à son niveau n'a pas changée de couleur, elle est sous-cutanée. Elle ne se rattache à aucune lésion des os, et on ne découvre dans le fémur aucune altération ; d'ailleurs, la tumeur est parfaitement mobile sur les parties profondes. Après avoir mis l'enfant complètement à nu et examiné les différentes régions du corps, on trouve à la fesse du même côté un petit noyau sous-cutané, indolent, légèrement adhérent à la peau, du volume d'un pois. Il en existe un second sur la face externe de l'avant-bras droit vers son milieu ; celui-ci a le volume d'une petite cerise, il n'est pas entièrement ramolli. L'état général de cet enfant est très bon ; l'examen de sa poitrine n'a rien révélé.

En résumé, absence de lésions osseuses, abcès multiples. La bande d'Esmarch a été appliquée sur le membre inférieur, et j'ai procédé ensuite à l'extirpation de la poche, après l'avoir ouverte ; la dissection en a été facilitée par l'emploi d'une spatule qui m'a permis d'enlever toute la partie bourgeonnante de cette cavité ; il ne restait plus qu'une plaie simple ensuite qui a été réunie presque en totalité.

Dans une deuxième opération, j'ai extirpé la tumeur de l'avant-bras sans l'ouvrir, et celle-ci, comme la précédente, a été examinée. Il existait des lésions tuberculeuses dans la paroi de la grande poche, identiques à celles des gommes.

Obs. VIII. — *Abcès froid idiopatique du volume d'un petit œuf, occupant la région inférieure de la cuisse droite. — Excision de la poche après application de la bande d'Esmarch. Pansement de Lister.*

Le nommé Michaud, Philippe, âgé de 5 ans, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie le 1er février 1880, salle Napoléon, n° 39. Cet enfant est de médiocre apparence, il porte quelques indices de scrofule : blépharite ciliaire chronique, quelques glandes cervicales sont appréciables. Il a eu la rougeole il y a dix-huit mois.

Sa mère raconte qu'il y a un mois qu'elle s'est aperçue d'un gonflement de la cuisse droite ; mais comme il ne s'en plaignait pas et qu'il ne boitait pas, elle ne s'en est pas autrement préoccupée. La tumeur a augmenté insensiblement, et voici son état lorsqu'elle l'a conduit à l'hôpital. — Immédiatement au-dessus et en dedans de la rotule, existe une tumeur du volume d'un petit œuf, faisant un relief assez marqué. La peau à son niveau n'a pas changé de couleur ; elle glisse sur elle. La fluctuation y est évidente. Il n'existe pas d'empâtement périphérique, si ce n'est en haut où la tumeur paraît adhérer à l'aponévrose fémorale. L'examen du fémur, de la synoviale du genou n'offre rien d'anormal, et on ne découvre sur aucune région du corps de particularité qui mérite d'être signalée.

La poche a été ouverte sous le Lister avec application préalable de la bande d'Esmarch. Après l'avoir été incisée et vidée du pus qu'elle contient, elle présente une surface interne inégale, mamelonnée ; il y existe des inégalités, qui ont le volume d'un petit pois chiche. Ce sont de gros bourgeons rougeâtres vasculaires, dont la couleur est un peu modifiée par l'application de la bande d'Esmarch. A côté des gros bourgeons, il en est d'autres beaucoup plus petits, comme une lentille, une tête de mouche. Près de ces points bourgeonnants, sont des rides, des plis qui parcourent la surface de la poche. En certains points, on voit en soulevant la poche comme une colonne qui la traverse, ce sont des vaisseaux recouverts eux-mêmes par la paroi de la poche, mais ces vaisseaux ne sont pas libres dans la cavité de la poche, ils sont incomplètement entourés, et au delà d'eux, la poche forme des culs-de-sac.

Sur la face externe de la poche, on remarque, comme particularité, des prolongements sous forme de bourgeons, qui s'engagent dans les petites dépressions ou dans les petites ouvertures de l'aponévrose fémorale ou encore dans les parties molles le long des vaisseaux.

Après avoir excisé la poche et enlevé avec une curette toutes les fongosités, les lambeaux cutanés ont été rapprochés, un petit tube à drainage a été placé pour l'écoulement des liquides. En quelques jours, la réunion était obtenue.

Obs. IX. — *Abcès froids tuberculeux chez un enfant très scrofuleux sans lésion des os.*

François Giovelli, 2 ans, entre à Sainte-Eugénie le 8 février 1880. — Les parents de cet enfant sont bien portants ; il a été allaité par sa mère et il a eu une gourme abondante la première année de sa vie. Il n'a pas eu de fièvre éruptive et voici son état actuel. Il n'a pas trop mauvaise apparence, bien qu'il porte tous les attributs de la scrofule : aux yeux une blépharite, à la lèvre supérieure des croûtes impétigineuses avec hypertrophie ; au cou, du côté gauche, un gros ganglion ; et de l'autre côté quelques petites glandes.

Membre supérieur gauche. — Il porte une ulcération croûteuse sur l'avant-bras, qui me paraît être un abcès tuberculeux ulcéré ; mais je me borne à une simple hypothèse. Il n'a rien aux os.

Membre supérieur droit. — Rien aux os, mais au-dessus du coude, au niveau du ganglion de Blandin, existe une tumeur que je crois pouvoir rapporter à ce ganglion, car cette tumeur est sous-aponévrotique et a la forme globuleuse et rénittente d'un ganglion. Il est mobile sur les parties profondes. Enfin on trouve une gomme sur la partie moyenne du bras.

Membre inférieur droit. — Sur le dos du pied, immédiatement après la racine des 3e et 4e doigts, se trouve un abcès sous-cutané, d'un volume supérieur à celui d'une noisette, fluctuant, paraissant mobile sur les parties profondes. J'ai cherché avec soin, sans pouvoir la trouver, une lésion des os. A la racine de ce membre ganglion crural abcédé et prêt à s'ouvrir.

Application de la bande d'Esmarch, après avoir endormi l'enfant par le chloroforme. J'ai ouvert la poche et il en est sorti, non pas du pus, mais une matière caséeuse, franchement tuberculeuse. Cette matière est jaunâtre, grumeleuse, analogue à du mastic un peu mou. J'ai en vain recherché une lésion des os, sans la trouver, et les gaines des tendons, sur lesquelles la poche reposait, sont normales. J'ai enlevé avec une curette toutes ces fongosités et il n'est plus resté qu'une cavité parfaitement lisse, creusée dans le tissu cellulaire. La réunion a été prompte.

III. Anatomie pathologique des abcès froids tuberculeux.

Je ne donnerai aujourd'hui qu'un résumé de cette étude, qui recevra de plus amples développements dans un autre travail contenant les dessins que j'ai mis sous vos yeux.

En se servant de la bande d'Esmarch, on peut, sur le vivant, lorsque les abcès siègent sur les membres, procéder à une véritable dissection de la poche et en reconnaître les particularités. On trouve aussi souvent des sujets, qui ont succombé à une autre manifestation de la tuberculose, méningite, etc., en même temps qu'ils portent des abcès, c'est le cas d'une des observations que je donne (Obs. VI). L'abcès constitué est constamment limité par une membrane, c'est la membrane dite pyogénique. Mais il est important d'en suivre l'évolution depuis son origine. Le noyau tuberculeux primitif, granulations ou produits caséeux nés de ces granulations, provoque autour de lui le développement d'un tissu exclusivement composé d'éléments embryonnaires qui l'entourent et l'isolent. Des vaisseaux capillaires se montrent dans cette couche, et, à ce moment, on peut déjà dire que le noyau primitif est comme englobé dans une couche bourgeonnante. J'ai enlevé plusieurs fois, chez mes petits malades, ces productions nouvelles à cette première période. En même temps qu'il existait de véritables abcès sous-cutanés du volume d'une cerise, d'une noix, on trouvait, disséminés sur différentes régions du corps, de petits

noyaux durs, du volume d'un grain d'orge. Ils faisaient déjà un léger relief et étaient sous-cutanés sans changement de couleur du tégument (Obs. II). A la coupe, à l'œil nu, on trouvait au centre une matière jaune cohérente, ou moins plastique, environnée d'une zone rouge plus ou moins épaisse et irrégulière, parfois comme fongueuse. La limite de cette nouvelle couche est parfois déchiquetée. L'examen histologique, qu'ont fait au Collège de France MM. Vignal et Malassez, et qui a été soumis au contrôle de M. Ranvier, ne laisse aucun doute sur la nature des lésions tuberculeuses dont on voit toutes les particularités et dont on suit toutes les phases.

Ainsi, à ce premier degré, autour des dépôts tuberculeux, existe déjà une couche en voie d'organisation. Plus tard, à une autre période, ces bourgeons fongueux auront pris un plus grand accroissement, en même temps que le centre primitif se sera transformé. Je me bornerai à énumérer ces modifications. Arrêtons-nous d'abord sur les parois de la cavité. La membrane limitante de l'abcès peut, suivant l'âge de l'abcès, présenter différentes particularités dans sa couleur, son aspect et sa constitution. Amincie et à peine isolable en certains points, elle est, au contraire, très épaisse ailleurs. Sa surface interne est lisse, unie, ou, au contraire, ridée et ailleurs recouverte de bourgeons saillants du volume d'une tête d'épingle, d'une lentille, d'un pois. A sa surface externe, elle présente des aspects divers ; ici elle se confond et se perd insensiblement au milieu de la graisse sous-cutanée, ou du tissu conjonctif ; mais, ailleurs, sur les membranes fibreuses, elle envoie des prolongements externes, bourgeonnants, dans les dépressions, dans les orifices des aponévroses, le long des vaisseaux qui traversent ces organes. Aussi cette surface externe est-elle très irrégulière, et on est très frappé de voir quelquefois des prolongements qui partent de la membrane pyogénique s'insinuer assez loin dans les interstices. C'est là un fait important qui nous paraît devoir servir à expliquer le développement de ces abcès ; nous y reviendrons dans un instant

La connaissance de la constitution histologique de cette paroi est instructive. Par des coupes perpendiculaires à l'épaisseur de la paroi et parallèles à ses surfaces interne et externe, on se rend compte des faits suivants. Du côté de la cavité, il n'existe aucune membrane limitant la poche. Comme les bourgeons charnus, la paroi est constituée exclusivement par des amas d'éléments embryonnaires, de leucocytes, juxtaposés. Ils sont les uns à côté des autres en nombre infini, n'étant maintenus en place que par leur adhésion mutuelle, pouvant, par conséquent, tomber incessamment dans la poche ou sous l'influence de conditions spéciales. Or, c'est

ce qui arrive, et là est une origine active de la production du pus contenu dans la cavité.

Au milieu de ces éléments embryonnaires, il existe de très gros vaisseaux capillaires, ayant deux fois au moins les dimensions des capillaires ordinaires. Mais le point essentiel est celui qui a trait à l'existence de follicules tuberculeux dans ces végétations nouvelles. Dans les tumeurs constituées par une matière caséeuse centrale, on trouve, dans leur couche périphérique et dans les prolongements qui en partent, des masses nucléaires au milieu desquelles les vaisseaux sont oblitérés, et de nombreuses cellules géantes sont disposées dans ce groupement de cellules. La disposition des éléments ne laisse aucun doute sur leur nature tuberculeuse, et il est à remarquer que cette formation tuberculeuse se retrouve aussi bien dans les parois des cavités anciennes en voie de développement qu'au pourtour des noyaux caséeux primitifs.

Ainsi constituée, la paroi des abcès froids tuberculeux a une individualité propre. Elle s'organise au début autour du premier foyer tuberculeux et elle peut subir alors une condensation de ses éléments et enkyster ce foyer. On trouve quelquefois des poches (Obs. VI), ainsi enkystées, renfermant uniquement une matière jaune exclusivement caséeuse. Mais d'habitude le développement de la poche continue; par sa face interne, elle déverse incessamment ses leucocytes dans sa cavité, tandis que de sa face externe partent des prolongements qui s'insinuent dans les éléments des tissus. Ce ne sont d'abord que des traînées d'éléments embryonnaires; plus tard c'est une véritable organisation sarcomateuse analogue à celle du bourgeon charnu.

Ainsi s'explique le développement progressif de ces abcès. Ce développement n'obéit donc pas seulement à des lois physiques, comme celle de la pesanteur, ou celle d'une moins grande résistance des parties voisines, il trouve une cause dirigeante dans l'organisation de la poche elle-même.

Telles sont les considérations qui se tirent de l'examen de ces cavités, et, pour une certaine part, ces appréciations s'appliquent non seulement aux abcès froids, tuberculeux, mais encore aux abcès froids symptomatiques des lésions osseuses. Le rôle que l'organisation de la poche joue dans le développement de ces derniers abcès me paraît le même; cependant on ne saurait méconnaître qu'ici s'ajoute une circonstance nouvelle aggravante. L'os atteint est une source qui fournit du pus en plus ou moins grande abondance; mais on doit remarquer que ce pus ne se répand pas indifféremment dans toutes les directions. Il se trouve promptement enkysté, et quelle que soit la distance qui sépare l'abcès du ieu de son origine, une membrane organisée lui sert de limite.

Cette membrane est pyogénique à son tour, et l'abcès trouve alors, dans ses parois, une cause nouvelle d'un plus grand développement.

Ce sont ces raisons qui m'ont conduit à adopter une thérapeutique, que je crois d'autant plus rationnelle, que la méthode antiseptique offre des garanties supérieures à celles fournies par les autres procédés. Comme beaucoup de chirurgiens. je redoutais une intervention dans les abcès par congestion, et je la retardais autant que possible. Aujourd'hui, à l'exemple de Lister, j'ouvre ces abcès dès qu'ils sont parvenus dans une région facilement accessible, où l'intervention ne court le risque de blesser aucun organe important. L'incision est large aussi bien sur la peau que sur la poche ; puis j'y introduis un tube à drainage volumineux et je le fais pénétrer aussi loin que possible, en le conduisant surtout dans le bissac s'il en existe. Dans un second temps, j'injecte dans la poche une solution phéniquée forte au cinquième et je renouvelle immédiatement plusieurs fois ces injections en cherchant à déterminer le contact du liquide avec tous les points du foyer. Les suites de cette intervention sont en général sans complications. Si l'affection osseuse est guérie, ou en voie de guérison, la poche se réduit à un trajet qui se ferme promptement ; dans le cas contraire, il reste une fistule dont la durée sera celle de l'affection osseuse elle-même.

Élection.

A quatre heures et demie, la Société procède à l'élection d'un membre titulaire.

M. le président rappelle que le classement des candidats adopté par la commission est le suivant :

1° M. MONOD ;

2° MM. MARCHAND et POZZI, *ex æquo* par ordre alphabétique ;

3° M. NEPVEU.

Sur 33 votants, M. Nepveu obtient 20 voix ; M. Monod, 13. En conséquence, M. Nepveu est nommé membre titulaire.

Discussion.

M. LE DENTU. Bien que je n'aie pas eu l'occasion d'observer dans les hôpitaux d'enfants, j'ai vu, chez les adultes, des faits semblables à ceux que M. Lannelongue vient de rapporter. J'admets que les examens histologiques, dont M. Lannelongue nous a rendu

compte ont donné des résultats précis, mais je voudrais savoir si M. Lannelongue considère ces abcès comme étant toujours de nature tuberculeuse. Un certain nombre de ces abcès sont incontestablement de nature tuberculeuse. Mais je puis établir qu'il n'en est pas toujours ainsi. J'ai constaté le fait suivant à l'hôpital Saint-Antoine, il y a deux ans : Une malade avait sur la main et sur l'avant-bras gauche une série d'abcès échelonnés, les uns gros comme des noisettes, les autres comme des noix. Une ponction exploratrice me montra que le liquide contenu était bien du pus. Je déclare aujourd'hui qu'il y a des abcès angéioleucitiques non douloureux se présentant sous la forme de nodules. Dans ce cas, l'origine des abcès n'était pas la même que dans les cas de M. Lannelongue. Il s'agissait d'un homme qui, après une écorchure de la main, avait eu une angéioleucite lente. Cet homme n'éprouvait aucune douleur, et c'était seulement la gêne causée par ces abcès qui l'amenait à l'hôpital. J'ai ouvert et cautérisé ces abcès et j'ai fini par en obtenir la guérison. Ainsi, malgré l'analogie de l'aspect et du siège, il n'y avait pas analogie d'origine avec les cas de M. Lannelongue.

Depuis lors, j'ai vu à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Lailler, une lymphangite chronique suppurée de l'avant-bras gauche. Le malade travaillait à des matières irritantes et avait continuellement des écorchures aux doigts. En outre, il portait à la main droite une ostéite fongueuse. J'ai fait trois ponctions dans l'abcès, qui a fini par se tarir; mais il y a eu une rétraction considérable des muscles de l'avant-bras. Dans ce cas, je ne crois pas que le point de départ de l'abcès ait été une altération tuberculeuse.

M. Lannelongue nous a parlé du traitement des abcès par congestion. Pour le moment, je tiens encore beaucoup à la méthode ancienne, qui consiste à attendre. J'ai essayé le pansement de Lister et je n'ai pas été heureux, puisqu'au bout de deux mois mon malade a succombé. J'ai essayé aussi le pansement de Lister dans le cas d'un abcès ossifluent venant d'un côté, et je n'ai pas eu à m'en louer. Je n'ouvre les abcès par congestion que s'ils s'accompagnent de phénomènes aigus.

M. Verneuil. M. Lannelongue s'est préoccupé du point de départ et du mode de développement des abcès froids; il a traité d'une manière lumineuse leur anatomie pathologique, et il a fait une incursion dans leur traitement.

Les vaisseaux lymphatiques peuvent certainement être le siège des abcès froids superficiels par une sorte de processus embolique. Mais, dans un mémoire sur l'hydradénite, j'ai émis l'hypothèse qu'un certain nombre des écrouelles sous-cutanées pou-

vaient aussi avoir pour siège les glandes sudoripares. Chez les sujets scrofuleux, on voit, à la marge de l'anus, de petits abcès froids, tubériformes, indolents, qui se sont développés dans les glandes sudoripares. Néanmoins j'admets l'origine lymphatique des abcès froids.

Le tubercule peut-il se développer indistinctement dans tous les tissus, ou-a-t-il pour point de départ des tissus spéciaux? A l'exception du tissu osseux, le tubercule a pour point de départ spécial les séreuses, les muqueuses, les parenchymes glandulaires et les gaines lymphatiques des vaisseaux. On s'explique ainsi pourquoi on observe des abcès froids tuberculeux au niveau des saillies osseuses où existent des bourses séreuses, pourquoi il y en a sur les muqueuses du rectum et de la langue, pourquoi il y en a dans le testicule et dans le poumon, dans le cerveau, etc. M. Lannelongue rendrait un grand service en déterminant exactement tous les points de départ des abcès froids d'origine tuberculeuse.

Quant au traitement, il faut séparer avec soin le traitement des abcès froids chez les enfants et chez les adultes. J'ai essayé tous les moyens chez les adultes, je n'ai obtenu que des résultats lamentables. Actuellement ma pratique consiste à laisser les abcès froids s'ouvrir spontanément et à faire, après cette ouverture, des pansements antiseptiques. Mais je fais toutes mes réserves pour la thérapeutique des abcès froids chez les enfants.

M. Desprès. Il y a trois choses dans la communication de M. Lannelongue : la pathogénie, l'anatomie pathologique et le traitement des abcès tuberculeux.

M. Lannelongue place dans les vaisseaux lymphatiques le point de départ de ces abcès. Cette opinion n'est pas nouvelle. Depuis bien longtemps on parle de la tuberculose du système lymphatique. Et, comme Dolbeau, je pense que 9 abcès chauds ou froids sur 10 se développent autour des lymphatiques. Bazin appelait les lésions que nous montre M. Lannelongue des gommes scrofuleuses. J'ajouterai sur ce point que j'ai dans mon service un homme, qui est dans les mêmes conditions que les petits malades de Ste-Eugénie; il a, outre deux gommes de la jambe gauche, une gomme sur la poitrine du côté opposé, une gomme périostique d'une côte. La gomme est sans doute autour des lymphatiques, mais elle n'est pas venue en ligne directe de la jambe du côté opposé. C'est un tuberculeux qui a une tuberculose acquise. Nous n'avons pas les antécédents des petit malades, mais je suis persuadé que ces enfants avaient des père et mère tuberculeux, scrofuleux, syphilitiques, ou bien qu'ils étaient nés d'un père ou d'une mère qui avaient eu des maladies graves, ou bien qu'il avaient eu eux-mêmes des diarrhées du sevrage ou des coqueluches, bronchites ou

pleurésies graves. L'expérience m'a appris que la tuberculose acquise, que j'ai appelée pyohémie chronique, n'avait pas souvent d'autres causes.

Sur le second point, l'étude microscopique de l'abcès, je n'ai rien à dire. Les micrographes y ont vu les caractères du tubercule, des cellules géantes sans doute ; mais déjà les mêmes cellules sont aujourd'hui attribuées à des produits d'origine syphilitique et nous en restons toujours au même point.

Quant au traitement des abcès froids et des abcès par congestion, par l'ablation, je dois dire encore que cela n'est pas neuf; Flaubert, de Rouen, l'a proposée et pratiquée. Il a eu deux succès, puis les insuccès ont paru et l'opération a été abandonnée. On enlèvera des petits abcès froids, si l'on veut, mais on ne les guérira pas plus vite qu'en les incisant et en cautérisant l'ulcère qui en résulte.

Mais ici il faut distinguer : les abcès froids et les abcès par congestion sont très différents. Les abcès froids, tout le monde les guérit; les uns avec de mauvais procédés, les autres avec de bons. Tels sont les abcès froids des parois de la poitrine que les uns aspirent, que les autres ouvrent au thermo-cautère, et que nous ouvrons, nous, par la méthode de Chassaignac, c'est-à-dire par le drainage et les injections iodées. J'ai même eu un sergent de ville, que j'ai traité de la sorte, et qui faisait son service avec son drain (il avait un abcès froid lié à la carie limitée d'une côte). Pour les vastes abcès par congestion, dont parle M. Lannelongue, il n'y a pas d'illusions à avoir, même avec le pansement de Lister, dont M. Le Dentu vient de vous donner un résultat (mort rapide en deux mois). Lorsque le mal de l'os est encore en puissance, vous ferez, ce que fait M. Lister, une incision et une évacuation du pus et, si vous réussissez, l'abcès se reproduira. Vous ne guérirez jamais des abcès de ce genre, surtout si vos malades sont tuberculeux ou issus de tuberculeux. Les abcès que vous avez guérie sont ceux où la lésion osseuse est guérie, et où le travail de régression de l'abcès commence. J'ai publié, dans ma Chirurgie, journalière des faits de ce genre. Je n'ai pas ouvert les abcès : ils ont fini par se résorber. Ce sont des cas de ce genre que M. Boinet jadis a guéris par la ponction et l'injection iodée, et que l'on a accidentellement guéris par un quelconque des traitements que l'on propose journellement comme excellents. Le moins inutile et le moins dangereux traitement de ces abcès est encore le drainage de Chassaignac, lorsque l'abcès est sur le point de s'ouvrir.

M. Nicaise. La pathogénie des abcès froids est loin d'être faite. Les uns ont pour origine une lymphangite chronique, les autres

sont consécutifs à une gomme scrofuleuse ou à des tubercules. Je ne veux parler ici que des abcès froids tuberculeux, qui ont été signalés depuis longtemps, mais qui n'avaient pas été examinés au microscope. Les faits de M. Lannelongue viennent nous montrer la réalité et la constitution histologique de ces productions morbides. J'ai observé deux abcès à l'anus suivis de fistule chez des malades qui sont devenus tuberculeux plus tard. Ces observations se rapprochent d'autres observations dans lesquelles des tubercules de l'anus et de la langue existaient chez des sujets qui n'étaient pas encore tuberculeux.

Dans l'abcès tuberculeux, la paroi constitue la maladie elle-même ; tandis que, dans l'abcès par congestion, la poche ne représente que la paroi d'un réservoir. Je crois que les progrès de la chirurgie doivent nous engager à modifier un peu le traitement ordinaire des abcès par congestion. En faisant dernièrement des autopsies d'abcès par congestion, j'ai vu que, lorsque le pus était arrêté par des aponévroses ou par des muscles, il s'étendait en décollant les tissus et produisait des délabrements énormes. Tous nos efforts doivent donc tendre à prévenir ces fusées et ces délabrements en donnant au pus une issue plus facile.

M. Lucas-Championnière. On peut guérir les petits abcès froids quand on a soin de détruire leur paroi. J'emploie, à cet effet, la curette de Volkmann. On enlève toutes les fongosités jusqu'aux tissus sains, en une ou deux séances, on fait le pansement de Lister, et on obtient une guérison complète en quelques jours.

Quant aux abcès par congestion, il faut employer les lavages phéniqués avec une certaine réserve, car dans ces vastes poches purulentes, il peut se faire une résorption, qui produirait une intoxication par l'acide phénique. Lorsque la maladie osseuse, qui a été l'origine de l'abcès, est guérie, l'ouverture de l'abcès est d'une utilité considérable. J'ai traité dans le service de M. Panas, à Lariboisière, un abcès par congestion, dans lequel il y avait des séquestres mobiles, et j'ai guéri le malade. Lorsque la maladie osseuse n'est pas guérie, l'ouverture de l'abcès a pour avantage de réduire le volume de la poche purulente, et de former une fistule, qui pourra se guérir plus tard par l'emploi de la curette. Si la guérison est difficile à obtenir dans tous ces cas, cela tient à plusieurs causes : d'abord, il faut faire le pansement pendant un temps toujours assez long; ensuite, il arrive souvent que l'ouverture de l'abcès est située près d'un orifice naturel, pli de l'aine, pli de la cuisse, voisinage de l'anus, dans des conditions telles qu'il est presque impossible de le maintenir dans des conditions antiseptiques.

Le Gérant, G. Masson.

Soc. an. d'imp. P. Dupont, Dr. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 57. 3-80.

M. Sée. La communication de M. Lannelongue prouve une fois de plus que la loi de Louis est erronée. Il est certain qu'on rencontre des tubercules dans les organes et les tissus, bien qu'il n'y en ait pas dans les poumons.

Je ne crois pas, non plus que M. Lannelongue, que tous les abcès froids sous-cutanés soient d'origine tuberculeuse; mais la matière tuberculeuse, quand elle existe, peut être transportée par les vaisseaux lymphatiques et donner lieu à une série d'abcès sur le trajet de ces vaisseaux. Si la matière tuberculeuse peut ainsi être transportée par les lymphatiques, elle peut arriver dans le sang et donner lieu à une infection générale et à une phthisie pulmonaire. Il se passe là ce qui se produit dans les expériences où, après avoir injecté dans les veines d'un animal de la matière tuberculeuse, on voit se développer une infection tuberculeuse de l'économie. Il résulte de ces faits qu'il est d'une importance extrême d'enlever le plus tôt possible la lésion tuberculeuse primitive; et, pour cela, il faut employer des moyens opératoires qui détruisent complètement les tissus malades. Il faut ouvrir largement l'abcès, enlever toute la matière tuberculeuse avec une cuillère tranchante et employer le pansement antiseptique. J'ai obtenu par ce procédé une guérison par première intention d'un abcès froid volumineux de nature tuberculeuse siégeant au niveau d'un espace intercostal.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Polaillon.

Séance du 25 février 1880.

Présidence de M. Tillaux, président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires paraissant à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*, pour l'année 1880; le *Lyon médical*, la *Revue médicale de l'Est*, la *Revue scientifique;*

3° Le *Bulletin de santé*, de Washington; le *Journal d'Athènes*,

le *Centralblatt für Chirurgie*, la *Gazette des Hôpitaux*, de Milan;

4° *Histoire de la découverte du mercure dans les eaux de Saint-Nectaire*, par M. Garrigou;

5° *Des désinfectants*, par le docteur Richebourg;

6° *Notes d'ophthalmologie*, par M. le docteur Romié, de Liège;

7° *Contributions à la chirurgie des voies urinaires*, par le docteur Guillon père;

8° Une lettre de remercîments de M. le docteur Nepveu, nommé membre titulaire de la Société.

M. Giraud-Teulon offre à la Société la deuxième édition de ses *Echelles optométriques*.

M. le président invite M. Nepveu à prendre place parmi ses collègues et à signer la feuille de présence.

A propos du procès-verbal.

M. Le Dentu lit l'observation qu'il a mentionnée dans son argumentation de la dernière séance :

Observation. — *Abcès lymphangitiques profonds à marche chronique.*

Ladoué (Victor), âgé de trente-cinq ans, tonnelier, est entré à l'hôpital le 29 avril 1878. Il jouit, en général, d'une bonne santé. Ses antécédents de famille sont les suivants : son père, âgé de soixante-trois ans, vit encore et jouit d'une bonne santé; sa mère est morte, à l'âge de soixante-trois ans, d'une affection caractérisée par de la faiblesse et de la bouffissure. Une de ses sœurs est morte, à l'âge de onze ans et demi, d'une fièvre typhoïde. Il a encore un frère et une sœur, tous deux bien portants.

Le malade est marié et père de cinq enfants tous bien portants; il a perdu une petite fille de quatre ans et demi à la suite de fièvres intermittentes.

Comme antécédents personnels, le malade a eu, à l'âge de quinze ans, une maladie d'yeux, probablement une kérato-conjonctivite pour laquelle il a pris, pendant sept mois, de l'huile de foie de morue. Cette affection n'a pas laissé de traces. A l'âge de vingt-deux ans, affection thoracique, à début brusque : bronchite grave, pour laquelle le malade a gardé le lit pendant cinq mois et a été quatre mois en convalescence. Depuis cette maladie, le malade s'enrhumait facilement. A Noël de l'année 1877, il fut pris d'un point de côté à droite, avec fièvre, toux et douleurs de reins. Il fut obligé, pour cela, de garder le lit quelques jours. Dans la nuit du 31 décembre de la même année, il a rendu quelques crachats sanguinolents, mais il n'a pas eu d'hémoptysie véritable. Il a repris son travail le 8 janvier, mais depuis lors il tousse toujours un peu; il a perdu l'appétit, a maigri et est sujet à des transpirations nocturnes. Mais, malgré des recherches attentives et répétées, on ne trouve aucun signe physique de tuberculose pulmonaire.

Le malade présente des signes très manifestes d'alcoolisme; pas de syphilis.

En janvier 1878, cet homme fit une chute dans laquelle l'avant-bras subit une rotation forcée en dehors et fut ainsi froissé. Il avait à ce moment des crevasses à la main.

Depuis le jour de la chute, il ressent chaque soir, dans la main, le poignet et l'avant-bras, de la gêne et de la douleur qui s'accompagnent d'un peu de gonflement. Cinq ou six jours après la chute, et sans avoir eu de fièvre ni présenté de rougeur du bras, il s'aperçut de la présence d'une petite bosselure sur la partie médiane de la face postérieure de l'avant-bras, un peu au-dessus du rebord inférieur des deux os de ce membre. Trois semaines plus tard, et toujours sans avoir présenté de symptômes généraux, il vit apparaître une deuxième bosselure située à la partie moyenne de l'avant-bras, un peu en dedans de la ligne médiane. Peu de temps après survint une troisième bosselure, un peu en dedans de la première. Enfin apparut une petite glande dans l'aisselle.

Les grosseurs augmentant de volume et la gêne des mouvements devenant plus grande, le malade vient demander un lit à l'hôpital. A l'examen, on constate l'existence de trois bosselures très apparentes : la première, de la grosseur d'une noix, est située immédiatement au-dessus du bord inférieur des deux os de l'avant-bras. La deuxième, de la grosseur d'une noisette, siège en dedans de la précédente. La troisième, de la grosseur d'un demi-œuf de poule, est située à la partie moyenne et postérieure de l'avant-bras, un peu en dedans de la ligne médiane. Ces trois bosselures sont fluctuantes, indolentes, sans changement de couleur à la peau. Lorsque l'on fait contracter les muscles extenseurs, elles deviennent dures, surtout la troisième, ce qui fait penser qu'elles sont sous-aponévrotiques. Profondément, on sent entre la première et la troisième bosselure, et les réunissant, un cordon fluctuant. De même, au-dessus de la troisième bosselure, on sent aussi un cordon profond présentant une petite nodosité sur son trajet. Il n'existe actuellement aucun ganglion. Le foie et la rate ne sont pas augmentés de volume.

Au moyen de l'aspirateur de Dieulafoy, on ponctionne les quatre collections, et l'on retire un pus crémeux, inodore, bien lié, présentant cependant quelques petits grumeaux. Examiné au microscope, on n'y a pas trouvé de crochets. Au niveau de chaque ponction, application d'une couche de collodion, bandage ouaté compressif sur le tout. Le malade est renvoyé chez lui.

29 *avril*. — Le malade rentre avec du gonflement. Cataplasmes.

2 *mai*. — Les collections se reforment évidemment; elles ont acquis déjà la moitié du volume qu'elles avaient primitivement, sauf la collection inférieure et interne qui n'a pas reparu. Incision au bistouri de la collection inférieure et externe, il s'en écoule un liquide séro-sanguinolent. Ponction aspiratrice des deux autres; même liquide mélangé d'un peu de pus.

6 *mai*. — Les trois collections qui ont été seulement ponctionnées se

reformant, M. Le Dentu les incise avec le bistouri. Issue de liquide séro-sanguinolent, mélangé avec un peu de pus dans l'une d'elles. Mèches dans les plaies.

8 *mai.* — Les incisions donnent issue à quelques grumeaux caséeux dont un assez volumineux.

23 *mai.* — Les plaies persistent encore et donnent encore issue à un peu de pus.

Le malade quitte l'hôpital à la fin de mai. A sa sortie, toutes les plaies sont cicatrisées, excepté la supérieure.

Les bosselures auxquelles l'on n'a pas touché existent toujours.

A cette époque, pas plus que pendant le séjour du malade à l'hôpital, on ne trouve aucun signe physique de tuberculose pulmonaire.

La santé générale est bonne.

Suite de la discussion sur les abcès froids.

M. Lannelongue. Qu'il me soit permis tout d'abord de remercier mes collègues de la bienveillante attention qu'ils m'ont accordée et de l'accueil qu'ils ont fait à ma communication. Je répondrai à quelques arguments qui ont été présentés. Les faits dont nous a entretenu M. Le Dentu sont très intéressants, mais je ne les crois pas comparables aux miens. Tout porte à croire que le malade, dont l'observation nous a été communiquée aujourd'hui par M. Le Dentu, a été atteint, comme notre collègue le croit, d'une lymphangite profonde. Une ulcération antérieure des téguments en aura été le point de départ, et l'existence d'un cordon reliant ces abcès les uns aux autres est un argument d'une grande valeur en faveur de cette hypothèse. Mais, je le répète, ces faits sur lesquels il est heureux de voir l'attention appelée, ces faits, dis-je, de lymphangite chronique n'ont rien de commun avec le sujet que j'ai traité.

M. Verneuil a mis en lumière l'heureuse influence que les recherches étiologiques peuvent apporter dans l'observation clinique. Je m'associe pleinement à son dire. Le passé se lie au présent d'une manière si étroite, que le négliger c'est perdre un élément précieux et souvent très utile. A l'égard des différences que M. Verneuil croit exister entre l'enfant et l'adulte, je suis de cette opinion que la chirurgie chez l'enfant est, sinon plus facile, du moins plus heureuse. Néanmoins je crois que les raisons, que j'ai données pour intervenir dans les abcès par congestion, sont bonnes. Je crois qu'il n'est pas sans danger de laisser une poche grandir démesurément, et, jusqu'ici, la pratique que j'ai indiquée, et qui consiste à ouvrir largement l'abcès par la méthode antiseptique et à modifier la membrane de cette poche par des injections d'une solution phéniquée au cinquième, à l'aide d'un gros tube

introduit aussi profondément qu'on le peut, jusqu'ici, dis-je, cette méthode m'a donné de bons résultats.

Je dirai à M. Desprès que j'ai rendu justice à M. Bazin comme à ceux qui se sont occupés de la question; mais je crois que M. Bazin n'a pas appliqué le mot de gomme à un groupe d'abcès froids tuberculeux. On s'accorde à attribuer ce nom à M. Vidal, médecin de l'hôpital Saint-Louis; en tout cas, M. Bazin ne connaissait certainement pas la nature tuberculeuse des gommes, puisqu'il a décrit, sous le nom de molluscum tuberculeux, une affection identique aux gommes. J'ai dit dans mon travail que MM. Brissaud et Josias reconnaissaient, de leur côté, la nature tuberculeuse de ces gommes, pendant que, de mon côté, j'arrivais aux mêmes conclusions. Je ne répéterai pas à M. Desprès ce que je viens de dire à M. Verneuil au sujet du traitement des abcès par congestion. Je crois que toutes les méthodes qu'on leur a appliqué n'ont pas une égale valeur; pour mon compte, c'est la meilleure que je préfère, et c'est elle que je cherche. En tout cas, je n'ai jamais dit qu'on guérissait tous les abcès par congestion: ceci est très loin de mon esprit et des faits.

M. Desprès. — Si j'ai revendiqué pour Bazin la paternité des gommes tuberculeuses, c'est que, dès 1857, il considérait comme gommes tuberculeuses des gommes qu'on lui adressait comme étant des gommes syphilitiques. On peut retrouver cette appellation dans les leçons que Bazin faisait paraître dans les journaux de cette époque.

La propagation des tubercules par les lymphatiques est une notion vulgaire. On trouve dans le *Compendium de chirurgie* et dans le *Dictionnaire encyclopédique* la description de ces abcès, faite par Denonvilliers. Chez le malade dont j'ai parlé, je n'ai pas hésité à considérer les abcès comme étant de nature tuberculeuse.

M. Lannelongue tient à défendre la guérison des grands abcès par congestion. Mais je tiens à dire, de mon côté, qu'on ne fait que transformer l'abcès en un trajet fistuleux, on ne le guérit pas. On ne le guérit que lorsque la lésion osseuse est guérie elle-même. Les malades, enfants ou adultes, succombent dans des proportions effroyables à la suite des abcès par congestion.

M. Lannelongue répond qu'on ne peut pas dire que l'abcès par congestion est guéri lorsque la lésion osseuse ne l'est pas, et il convient que, dans certains cas, la lésion osseuse ne peut pas guérir.

Rapport par M. Périer.

Messieurs, je viens au nom d'une commission composée de MM. Marjolin, Tillaux et Périer, rapporteur, vous rendre compte d'une observation qui vous a été adressée par M. le professeur Simonin, de Nancy. Elle a pour titre :

Calcul vésical volumineux enchatonné, chez un enfant. — Taille bilatérale. — Le calcul ne peut être extrait en totalité. — Taille rectale, transversale, pratiquée l'année suivante. — Fistule vésico-rectale considérable, rétrécie de plus en plus, mais ayant persisté, avec des infirmités relatives à la génération, jusqu'à la mort de l'opéré survenue 10 *ans après les opérations pratiquées.*

Il s'agit d'un enfant qui avait 12 ans, lorsqu'en septembre 1854 il se présenta pour la première fois à la clinique de Nancy, où on lui trouva tous les signes d'un calcul volumineux. Comme à cette époque il avait en même temps une kératite et que le choléra sévissait à l'hôpital, on ajourna toute intervention chirurgicale.

Après un deuxième ajournement, motivé par la faiblesse du malade et l'intensité de la cystite, il fut enfin opéré en février 1855.

L'opération, commencée en taille latérale, fut transformée au cours de son exécution en taille bilatérale à cause de l'impossibilité d'introduire les tenettes par la première incision. Malgré cela le calcul ne put être chargé sur l'instrument qui le brisa en en détachant de nombreux fragments. De nouvelles tenettes, plus fortes, donnèrent deux nouveaux fragments volumineux.

L'introduction de l'index dans la vessie fait reconnaître un enchatonnement. Le calcul encastré dans la paroi vésicale émet une sorte de corne du côté de la cavité, reste de la partie libre qui a été brisée par les tenettes. Malgré des efforts multipliés la partie enchatonnée, que l'on peut estimer à la moitié du calcul entier, reste fixée dans sa loge.

L'opération resta inachevée ; les suites en furent simples, et sept semaines après le malade quittait l'hôpital, n'ayant plus qu'une légère fistule périnéale.

En novembre 1855, l'enfant rentra dans le service de M. Simonin.

La fistule persistait; toutefois elle n'admettait qu'un stylet très fin et laissait parfois écouler un peu d'urine, mais il y avait une cystite grave.

L'enchatonnement connu du calcul fit renoncer à l'idée de renouveler la taille périnéale, comme à celle de recourir à la taille hypogastrique.

M. Simonin se décida pour une taille rectale transversale, sans se dissimuler ses dangers ni ses inconvénients.

L'anus ayant été largement dilaté à l'aide d'un puissant spéculum dilatateur, le calcul fut fixé par l'indicateur gauche, et le rectum incisé transversalement entre la prostate et le cul-de-sac péritonéal, à 2 centimètres 1/2 de l'anus. Un lithotome glissé sur le calcul à l'aide d'une sonde cannelée, permet d'agrandir à droite et à gauche l'incision rectale. Le calcul était tellement a-hérent à la poche vésicale que celle-ci était entraînée par les tenettes. Il fallut décoller la muqueuse à l'aide d'une curette spéciale ; le calcul, ainsi rendu mobile, fut enfin extrait presque en entier, et on put retirer morceau par morceau, les parties friables qui restaient encore. Une injection rectale, faite dans la journée, amena encore quelques fragments.

Le volume du calcul fut estimé à celui d'un œuf de poule pouvant avoir 4 centimètres 1/2 dans son plus grand diamètre. Il était formé de phosphate ammoniaco-magnésien.

En additionnant les fragments retirés par les deux opérations on arriva à un poids total de 80 grammes.

Le lendemain de l'opération, la vessie se débarrassait du reste des débris du calcul, l'urine s'écoulait par l'anus; quelques gouttes, toutefois, passaient par le canal de l'urèthre.

Il y eut à peine de fièvre les jours suivants. Le 6e jour il y eut des selles demi-liquides indolentes.

Le 8e jour, l'urine passait à la fois par le rectum et par l'urèthre.

A cette époque la fistule périnéale, résultant de la première opération, s'était fermée. La plaie rectale admettait l'indroduction des trois doigts réunis, mais ses bords se rapprochaient assez pour permettre à l'urine de s'accumuler dans la vessie en quantité de jour en jour plus considérable, une grande partie pouvant être rendu par l'urèthre. Les selles étaient habituellement solides, copieuses et quotidiennes. Le 27 mai, 44 jours après l'opération, l'enfant quittait l'hôpital.

M. Simonin eut l'occasion de revoir le malade un certain nombre de fois, à plusieurs années d'intervalle, ce qui lui permit de constater les infirmités qui résultèrent de cette taille transversale du côté des fonctions génitales, de la miction et de la défécation.

Un mois après la sortie de l'hôpital, la fistule recto-vésicale était réduite au point de ne plus admettre que l'extrémité de l'index.

Quatre ans après l'opéré, âgé de 19 ans, urinait 8 à 10 fois par 24 heures par la verge, sans que l'urine s'échappât par l'anus,

même lorsqu'il oubliait de se comprimer le périnée pendant la miction. La nuit il n'urinait pas. Il avait généralement deux grandes selles par jour. Lorsqu'il survenait du dévoiement, des matières fécales passaient par la verge. Enclin à l'onanisme, l'opéré affirmait que cet acte n'était pas suivi d'éjaculation.

En décembre 1860, des injections uréthrales d'azotate d'argent, pour une blennorrhagie, ne passaient pas dans le rectum.

En 1862, la fistule est difficilement accessible au doigt, qu'il faut recourber en crochet pour sentir l'ouverture immédiatement au-dessus de l'orifice anal. Le sphincter anal est très contracté. L'opéré, après le coït, qui est fréquent, observe du sperme mêlé aux matières fécales.

Les selles sont très souvent molles. L'opéré peut retenir l'urine pendant une heure environ. En urinant assis, l'urine passe entièrement par le canal de l'urèthre, mais le besoin d'aller à la selle apparaît parfois, et, lors des selles, il s'échappe d'abord un peu d'urine par l'anus. L'opéré ne peut rendre des vents qu'après une selle, sans quoi il perdrait de l'urine par l'anus. Il se produit deux à trois selles par jour.

Ces infirmités persistèrent jusqu'à l'âge de 22 ans. A cette époque l'opéré, habitant près de Paris et paraissant jouir d'une bonne santé générale, fut emporté très rapidement par une affection sur laquelle les renseignements firent complètement défaut.

Je ne crois pas avoir besoin d'insister sur l'intérêt que présente cette observation à laquelle il manque malheureusement l'examen cadavérique.

La pierre, chez ce malade, se présentait dans des conditions particulièrement graves, elle était volumineuse et elle était enkystée. Cette dernière circonstance est assez rare, et les lithotomistes les plus connus n'ont pas rencontré plus d'une ou deux fois, dans le cours de leur vie, des calculs enkystés dits calculs en sablier. Quelques-uns ont pu les extraire en incisant le collet du sac qui les renfermait, d'autres ont dû renoncer à compléter l'opération.

C'est ainsi que Thompson, après une taille latérale, abandonna la portion enkystée; son malade, âgé de 74 ans, succomba un mois après. Le Dr Murray Humphrey, de Cambridge, après avoir pratiqué quatre fois la taille, dut recourir, à la cinquième, à l'opération recto-vésicale pour extraire, avec les plus grandes difficultés, un calcul enchatonné de la grosseur d'une noix. Son malade, qui avait plus de 50 ans, mourut le deuxième jour d'une péritonite.

Le malade de M. Simonin a été plus heureux, il a pu conserver sa vie, au prix, il est vrai, d'infirmités graves, qui cependant ne paraissent pas lui avoir été par trop pénibles.

J'ajouterai, en terminant, que l'observation de M. Simonin est

remplie de minutieux détails relatifs aux effets du chloroforme. Cela n'a pas lieu de surprendre, si l'on se reporte à la date qui répond à une époque, où il entreprenait ses belles recherches sur cet agent anesthésique récemment découvert.

Votre commission vous propose :

1° D'adresser des remercîments à M. le professeur Simonin ;

2° De déposer son travail dans vos archives ;

3° D'inscrire l'auteur sur la liste des candidats à la place de membre correspondant.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Sur le traitement chirurgical de l'épispadias,

par le Dr Duplay.

Il y a six ans environ, j'ai communiqué à la *Société de chirurgie* une nouvelle méthode opératoire applicable au traitement de l'hypospadias, même le plus compliqué, et j'ai présenté un sujet chez lequel cette méthode avait procuré un résultat des plus satisfaisants, non seulement au point de vue de la restauration des formes extérieures, mais encore au point de vue de l'accomplissement des fonctions urinaires et génitales.

Depuis cette époque, j'ai eu plusieurs fois l'occasion de pratiquer des opérations de cette nature, et j'ai toujours obtenu le même succès.

Cependant l'expérience m'a fait voir, dans les procédés opératoires que j'ai mis en usage, certaines imperfections que je me suis efforcé de corriger. En particulier, pour ce qui concerne le mode de suture, j'ai substitué à la suture à points séparés une suture enchevillée spéciale, que je décrirai tout à l'heure à l'occasion du traitement de l'épispadias.

Avant de parler de ce dernier, but principal de ma communication, je ne crois pas inutile de fournir à la Société quelques renseignements complémentaires, relativement à mes hypospades opérés. Indépendamment d'un certain nombre de malades, encore en traitement, je compte aujourd'hui cinq hypospadias complètement guéris. Chez tous, le résultat, au point de vue des formes extérieures, est aussi complet que chez le malade qui vous a été présenté il y a six ans.

Au point de vue des fonctions urinaires, la miction s'opère normalement. Le seul inconvénient qui persiste consiste dans l'accu-

mulation d'une petite quantité d'urine à la partie profonde du nouvel urèthre. Les malades sont obligés de chasser ces dernières gouttes d'urine à l'aide d'une pression exercée avec le doigt, d'arrière en avant; ils acquièrent vite l'habitude de cette petite manœuvre et ne se plaignent nullement de cette incommodité.

Enfin, relativement aux fonctions génitales, elles s'exercent normalement. Deux de mes opérés se sont mariés et ont pu remplir leurs devoirs d'époux, à la satisfaction commune; et, fait important, sur lequel je n'avais pu formuler qu'une présomption, l'un d'eux est devenu père peu de temps après son mariage.

Je me borne à ces renseignements sommaires pour ce qui con-concerne le traitement chirurgical de l'hypospadias dont j'ai jadis entretenu longuement la Société, et j'arrive au traitement de l'épispadias, but principal de cette communication.

Les procédés opératoires de Nélaton et de Dolbeau, qui consistaient à recouvrir la face supérieure de la verge avec des lambeaux empruntés à la paroi abdominale et au scrotum, fournissaient des résultats absolument défectueux, tant au point de vue des formes extérieures, qu'à celui de l'exécution des fonctions urinaires et génitales.

J'en appelle au souvenir de ceux qui ont vu des sujets opérés par ce procédé.

Le professeur Thiersch, dès 1869, réalisa un progrès considérable en établissant ce principe, que j'ai moi-même formulé pour le traitement chirurgical de l'hypospadias, savoir : que l'on ne doit procéder à la réparation de la difformité que par temps successifs, ce qui permet de rendre cette réparation beaucoup plus parfaite. Mais ce qui caractérise surtout la méthode de Tiersch, qui, par parenthèse, a été mal décrite par la plupart des auteurs, c'est la création d'une fistule au périnée, destinée à détourner le cours de l'urine pendant la restauration du canal.

Lorsque cette fistule est établie, Thiersch procède ainsi : dans un premier temps, il reconstitue la portion balanique de l'urèthre, en augmentant, s'il est nécessaire, la profondeur de la gouttière uréthrale à l'aide d'une incision, puis en avivant les deux bords de cette gouttière, et les réunissant par la suture au-dessus d'une sonde.

Dans un second temps, il procède à la réfection de la portion pénienne du canal, en recouvrant la gouttière uréthrale du dos de la verge avec deux lambeaux cutanés, pris sur la face dorsale, et se recouvrant mutuellement. La suture de ces lambeaux est d'une exécution assez difficile.

Dans un troisième temps, Thiersch utilise le prépuce exubérant pour fermer la solution de continuité, qui persiste entre les portions

balaniques et pénienne du nouveau canal. Pour cela il pratique, à la base du prépuce, une boutonnière à travers laquelle il fait passer le gland. Le prépuce, devenu ainsi supérieur, est fixé sur la couronne du gland et complète le nouveau canal.

Enfin, dans un quatrième temps, l'ouverture épispadienne est comblée par deux lambeaux superposés, empruntés à la paroi abdominale.

Comme on le voit par ce rapide exposé, la méthode opératoire de Thiersch est loin d'être simple et d'une facile exécution. Quoique le résultat obtenu paraisse, en somme, très satisfaisant et soit sans contredit bien supérieur à ceux que donnaient les procédés de Nétalon et de Dolbeau, on doit cependant remarquer que le nouvel urèthre est encore constitué en grande partie par des lambeaux cutanés, et s'éloigne par conséquent de l'urèthre normal.

Je suis parvenu, tout en simplifiant notablement le procédé opératoire, à reconstituer un nouveau canal dans des conditions qui le rapprochent très sensiblement des conditions normales.

D'abord, je crois prudent de supprimer le premier temps de la méthode de Thiersch, savoir la création de la fistule périnéale, qui peut avoir l'inconvénient de persister, ou du moins d'être difficile à guérir. En second lieu, j'estime que l'on peut avec grand avantage se passer de lambeaux pour refaire complètement le canal uréthral.

Voici comment je procède à cette réparation, qui comprend trois temps principaux :

1° Dans un premier temps, on redresse la verge;

2° Dans un second temps, on forme un nouveau canal depuis l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne, qui doit rester libre pour donner issue à l'urine jusqu'à l'entier achèvement du nouveau canal;

3° Dans un troisième temps, on pratique l'abouchement des deux portions du canal, en fermant l'ouverture épispadienne.

1er temps. *Redressement de la verge.*

Contrairement à ce que l'on observe pour l'hypospadias, dans lequel la verge est courbée sur sa face inférieure, dans l'épispadias, la verge est courbée sur sa face supérieure, rétractées sur l'ouverture épispadienne qu'elle oblitère quelquefois partiellement. Il faut donc, avant de songer à réparer l'urèthre, rendre à la verge sa longueur et sa direction normales. On y parvient en pratiquant, sur la face dorsale de la verge, une ou plusieurs incisions transversales, pénétrant souvent jusque dans le corps caverneux. Malgré ces incisions il est quelquefois très difficile, sinon impossible, de rendre à la verge sa longueur et sa direction normale; mais, alors même que ce résultat n'aurait pas été complètement

obtenu, il semble qu'il puisse se parfaire ultérieurement ; c'est du moins ce que j'ai observé chez un sujet, que j'aurai l'honneur de montrer à la Société, et chez lequel la verge en se développant s'est absolument redressée.

2e temps. *Création d'un nouveau canal depuis l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne.*

Chez la plupart des épispades, les corps caverneux sont écartés l'un de l'autre, et réunis par une partie fibreuse recouverte par la muqueuse uréthrale doublée du bulbe. Cet écartement constitue donc une gouttière représentant la plus grande partie de l'urèthre, et en déprimant, sur la ligne médiane, cette gouttière, on voit les corps caverneux s'infléchir l'un vers l'autre et tendre à reconstituer un canal complet.

Mettant à profit cette disposition, je pratique de chaque côté de la ligne médiane, à environ un demi-centimètre de cette ligne, un avivement de forme quadrilatère, ayant 5 à 6 millimètres de largeur, et s'étendant depuis l'extrémité du gland jusqu'au voisinage de l'ouverture épispadienne. Une sonde de volume approprié étant placée dans la gouttière uréthrale, dont on peut au besoin augmenter la profondeur par une incision médiane, les deux corps caverneux sont rapprochés au-dessus de cette sonde et les parties avivées mises en contact immédiat l'un avec l'autre, à l'aide d'une suture enchevillée un peu différente de la suture enchevillée ordinaire, et qui m'a fourni également d'excellents résultats dans le traitement de l'hypospadias.

Au lieu d'employer, comme dans la suture enchevillée ordinaire, un fil double qu'on vient lier de chaque côté de la plaie sur un bout de sonde, et qui a pour inconvénient de produire une assez large ouverture aux points d'entrée et de sortie, je pratique la suture enchevillée avec un seul fil, en me servant de fils d'argent aussi fins que possible, tout en étant suffisamment résistants. Chaque fil traversant les deux lèvres de la plaie d'avivement et comprenant une notable épaisseur des corps caverneux, est passé de chaque côté dans des trous pratiqués à égale distance à travers deux bouts de sonde. Chaque fil étant enroulé par une de ses extrémités autour de l'une des sondes, en tirant sur l'autre, on rapproche l'une de l'autre les deux sondes, et l'on obtient ainsi l'affrontement parfait des surfaces avivées. Lorsque la constriction paraît suffisante, on arrête chaque fil sur la seconde sonde avec un tube de Galli.

Je me suis bien trouvé, pendant l'accomplissement de ce second temps, d'introduire par l'ouverture épispadienne, une sonde en gomme, destinée à détourner l'urine et à prévenir son contact avec les parties avivées.

Avant de procéder au troisième temps, j'ai pratiqué deux fois

une petite opération complémentaire qui a pour but de rendre le résultat plus parfait, surtout au point de vue de la régularité des formes.

On sait que, chez les épispades, le prépuce présente des dimensions exagérées et forme au-dessous du gland un prolongement disgracieux, qui pourrait devenir une gêne dans le coït. D'autre part, après la réfection du nouveau canal par le procédé que je viens de décrire, la face supérieure de la verge est recouverte d'un tégument très aminci de couleur rosée, différent de l'état normal. Afin d'obvier à ce double inconvénient, je me sers du prépuce exubérant pour doubler la face supérieure de la verge par une peau d'apparence normale. Dans ce but, incisant le prépuce dans toute son épaisseur, à la base du gland, je fais passer celui-ci à travers la boutonnière ainsi faite, puis, dédoublant les deux feuillets du prépuce, je l'étale, pour ainsi dire, sur la face supérieure de la verge, préalablement avivée, et je l'y fixe avec quelques points de suture.

3[e] *temps.* Lorsque le nouveau canal est définitivement constitué, il ne reste plus qu'à l'aboucher avec la portion postérieure, ou, en d'autres termes, à fermer l'ouverture épispadienne. Celle-ci se présente sous la forme d'un infundibulum, dont l'occlusion est facile à obtenir en avivant largement, et aussi loin que possible, ses parois et en affrontant les surfaces avivées à l'aide de la suture enchevillée. Il va sans dire qu'avant de fermer la plaie, on aura pris le soin de glisser, par le nouveau canal, jusque dans la vessie une sonde qui sera laissée à demeure pendant plusieurs jours.

Comme on le voit, le procédé autoplastique, qui vient d'être décrit, présente, comme avantage considérable, de reconstituer un canal uréthral presque identique à l'urèthre normal. Au point de vue des formes extérieures, ainsi qu'on peut le constater sur les deux sujets que je présente à la Société, le résultat est presque aussi parfait que possible. Chez un sujet de 18 ans, qui est complètement guéri depuis 3 ans, la verge s'est notablement développpée, et il serait impossible de soupçonner la nature du vice de conformation dont il était atteint et les opérations qu'il a subies.

Chez le second, âgé de 14 ans, qui présente encore une petite fistulette au niveau du gland, la verge est légèrement atrophiée.

Relativement aux fonctions urinaires, le résultat de l'opération n'est pas moins remarquable. On sait que l'épispadias complet s'accompagne toujours d'une incontinence d'urine. Or, dès les premières opérations, cette incontinence s'est notablement améliorée, ce qui semble prouver qu'elle est due à un défaut de contractilité du sphincter plutôt qu'à une fissure du col vésical. Puis

à mesure que le canal a été reconstitué, l'incontinence a disparu. Il en a été ainsi chez mon premier opéré, qui, aujourd'hui, ne présente plus de traces de cette incommodité. Chez le second, il s'écoule encore quelques gouttes d'urine par le méat, lorsque la vessie est pleine et que le malade fait quelque effort. Tous les deux urinent à volonté et par un jet volumineux et projeté à distance.

Enfin, relativement aux fonctions génitales, j'ai reçu les confidences du premier de mes opérés, chez lequel ces fonctions s'exécutent très régulièrement.

A la fin de sa communication, M. Duplay présente deux malades qu'il a opérés d'un épispadias, d'après la méthode qu'il vient de décrire.

M. Trélat rappelle qu'il a préconisé, depuis longtemps, pour la périnéorrhaphie, la suture entortillée avec un seul fil. Cette suture avec un seul fil donne la facilité de relâcher le rapprochement des lèvres de la plaie, s'il en est besoin.

Présentation d'instrument.

M. Terrillon présente, de la part de M. Jonathan Langlebert, ancien interne des hôpitaux de Paris, une sonde molle qui permet de porter une substance caustique dans un point déterminé du canal de l'urèthre.

Présentation de pièces.

M. Lannelongue met sous les yeux de la Société un *kyste congénital du cou* se prolongeant dans les médiastins antérieur et postérieur, chez un enfant qui a succombé à la suite d'accidents produits par la ponction de ce kyste. Cette observation sera publiée plus tard.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 3 mars 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la précédente séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Bulletin de l'Académie royale de Belgique*, le *Lyon médical*, le *Montpellier médical*, la *Revue scientifique*, le *Journal de thérapeutique* de Gubler, les *Archives de médecine ;*

3° La *Gazette d'hygiène de Washington*, le *Journal d'Athènes*, le *Centralblatt für chirurgie*, la *Gazette de santé militaire de Madrid*, le *British medical*, les *Annales de la Société d'anatomie et de chirurgie de New-York ;*

4° Un mémoire de M. Cecenelli, de Florence, sur le *rétrécissement du rectum ;*

5° Une lettre de M. Yvert, aide-major, remerciant la Société de la mention qu'elle a décernée à son mémoire, admis pour le prix Demarquay.

A propos du procès-verbal.

M. Th. Anger. Je regrette de n'avoir pu assister à la dernière séance et entendre la communication de M. Duplay sur l'hypospadias et l'épispadias. Le résumé que j'ai lu dans les journaux m'a paru très intéressant, et, si j'eusse été présent, j'aurais demandé la parole pour exposer à la Société les tentatives de restauration que j'ai entreprises de mon côté.

D'abord, pour l'hypospadias, je n'ai eu à en traiter qu'un cas depuis celui que j'ai présenté à la Société, dans la séance du 21 janvier 1874. C'est un hypospade de 5 ans, dont je vais placer la photographie sous vos yeux avant toute opération. Vous remarquerez que la coudure de la verge pendant l'érection était complète. Il m'a donc fallu tout d'abord redresser cette coudure, et j'ai été obligé d'y revenir à trois reprises avant d'arriver à un résultat complètement satisfaisant. Puis j'ai procédé, dans une seule séance, à la restauration de l'urèthre, en enfouissant un lambeau de peau, qu'on pourrait appeler uréthral, puisqu'il est destiné à

former l'urèthre, sous un autre lambeau qui le recouvre complètement. L'opération fut suivie de succès dans presque toute l'étendue de l'urèthre, dont la longueur dépassait 5 centimètres. Une seule petite brèche ou fissure se déclara le dixième jour à l'union du nouveau canal avec l'ancien, et elle fut facile à réparer. L'opération a été exécutée au mois d'août 1878, avec le concours de mon collègue et ami Le Dentu. Depuis lors, l'enfant urine parfaitement bien par son nouveau canal, et, comme la guérison persiste depuis 18 mois, je crois être en droit de compter ce cas comme un succès assuré et parfait.

Quant à l'épispadias, je n'ai rencontré aucun cas de la variété simple. Mais j'ai entrepris à l'hôpital Beaujon, il y a cinq ans, la cure d'un épispadias compliqué d'extrophie vésicale. Je vais faire passer sous vos yeux un dessin de ce cas compliqué.

Avant de s'occuper de l'urèthre, il fallait tout d'abord créer une paroi antérieure de la vessie, et je me décidai à employer le procédé de Richard. Un grand lambeau, en forme de tablier, fut taillé sur la peau du ventre et rabattu sur la face postérieure de la vessie. Ce premier temps, tout en rappelant le procédé de Richard, en diffère cependant en ce sens que la base du lambeau de Richard s'arrêtait au bord supérieur de la vessie, tandis que le mien allait en s'amincissant sur les bords latéraux jusqu'à l'origine de l'urèthre. Cette modification m'avait été inspirée par la vue d'un opéré de M. Le Fort, qui était bien parvenu à recouvrir d'étoffe la partie la plus étendue de l'extrophie, mais qui n'avait pu fermer des orifices fistuleux qui se trouvaient aux angles supérieurs et inférieurs de son lambeau. Il est évident qu'en rabattant un petit lambeau de peau sur toute la circonférence de la vessie extrophiée, j'avais des chances d'éviter des brèches fistuleuses, et un plein succès a démontré que j'avais raison. Cette modification a un autre avantage : c'est d'élargir la base du lambeau et, par conséquent, de mieux assurer sa vitalité.

Pour maintenir ce grand tablier rabattu sur la vessie, la surface épidermique en contact avec la muqueuse vésicale, je taillai aux dépens du périnée et du scrotum un vaste pont sous lequel je fis passer l'urèthre et avec lequel je recouvris toute la surface saignante du premier lambeau. De cette façon, la paroi antérieure de la vessie se trouvait constituée par deux épaisseurs de peau, adhérentes par leurs surfaces saignantes et regardant par leurs surfaces épidermiques, l'une la muqueuse vésicale, l'autre l'extérieur. A part le spacèle insignifiant du bord d'un des lambeaux, le résultat fut parfait. Toute la vessie se trouvait recouverte, et les vives douleurs qu'éprouvait le malade au moindre contact de la muqueuse vésicale disparurent. J'ajoute que les deux lambeaux

ayant de la tendance à se rétracter en sens inverse se font équilibre, de sorte que la paroi vésicale reste parfaitement en place.

Dans sa communication, M. Duplay nous apprend qu'il éprouva une grande difficulté à abaisser les corps caverneux qui, dans ce vice de conformation, se dressent contre le pubis ou la vessie et nécessitent une opération préliminaire. Chez l'enfant dont je vous parle, le même accolement de la verge avec la vessie existait, mais je n'eus besoin de recourir à aucune opération spéciale pour abaisser la verge. La plaie du périnée, en se cicatrisant, suffit pour opérer ce redressement et placer la verge et le sillon uréthral dans une bonne position.

Après avoir restauré la vessie, je me préparais à compléter ma tentative par la restauration de l'urèthre chez mon épispade, et j'avais reçu ce jeune homme dans mes salles de l'hôpital Tenon, lorsque éclata l'épidémie de variole. J'ignorai malheureusement que mon malade n'avait pas été vacciné. Il fut pris d'une petite vérole grave et dut être transporté dans le service des varioleux, où il mourut quelques jours après.

Quoique cette restauration d'une malformation aussi grave soit restée inachevée, j'ai cru devoir vous la communiquer, parce qu'elle se rattache à ce point de la communication de M. Duplay, où il est question de la difficulté de redresser, ou pour mieux dire, d'abaisser la verge en faisant à sa base et au-dessous d'elle une perte de substance qui, en se cicatrisant, attirera en bas le pénis épispade.

M. Périer montre les calculs très volumineux qui ont été retirés par M. Simonin pendant l'opération de taille dont il a rendu compte dans la dernière séance.

M. le président annonce que MM. Hüe et Chauvel, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport.

M. Desprès, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Houel et Forget, fait un rapport verbal sur une observation de M. le Dr José Pereira Guimaraês, de Rio-de-Janeiro, intitulé :

Anévrysme artérioso-veineux du pli du coude.

La cause de cet anévrysme fut une saignée de la veine médiane basilique droite, chez un homme de 30 ans. Il se produisit d'abord

une contracture des muscles fléchisseurs de l'avant-bras ; puis il survint des douleurs dans le membre et des pulsations incommodes au pli du coude. Cette région était tuméfiée ; sa circonférence mesurait 36 centimètres, tandis que du côté sain on ne trouvait que 27 centimètres. La peau était chaude, un peu rouge et œdématiée. Les veines sous-cutanées n'étaient pas dilatées. Tout le membre était le siège d'une sensation d'engourdissement et de douleurs aiguës qui se propageaient dans l'avant-bras et dans les doigts. Les mouvements étaient impossibles. L'artère humérale, depuis le coude jusqu'à l'aisselle, était tuméfiée et flexueuse. La main appliquée sur le coude percevait des pulsations énergiques avec expansion et frémissement vibratoire. Le sthétoscope faisait entendre un bruit de souffle, continu, à double courant, isochrone aux pulsations artérielles, se propageant jusqu'à l'aisselle.

La compression digitale directe fut combinée avec la compression à distance. Le malade se chargea de l'exercer lui-même. Il commença par faire la compression indirecte sur l'humérale pendant quatre ou cinq heures par jour, chaque séance ayant une durée d'environ une demi-heure. Le résultat fut satisfaisant, car le gonflement, l'engourdissement et les douleurs diminuèrent, ainsi que les pulsations et le susurrus. On fit alors la compression directe pendant sept jours. Tous les symptômes de l'anévrysme artérioso-veineux disparurent. Enfin, pour assurer la guérison, on continua la compression directe et la compression indirecte au-dessus du coude pendant quelques jours.

Comme conséquence de la guérison, le membre récupéra sa forme, sa force et ses fonctions.

Les conclusions du rapporteur de voter des remercîments à l'auteur et de déposer son observation aux archives sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de malade.

Hypertrophie unilatérale partielle du membre supérieur; ostéophytes du coude; paralysie des rameaux cutanés du musculo-cutané, du radial et du médian,

par M. Nicaise.

Observation. — X..., 28 ans, domestique, entre, le 2 janvier 1880, à l'hôpital Laennec, salle St-André, n° 7, dans mon service.

Voici son observation recueillie par M. Hache, interne des hôpitaux :

Le malade a été soigné dans son enfance, à l'hôpital des Enfants, pour une courbure des deux jambes, qui aujourd'hui sont droites.

Soldat de 22 à 25 ans, il se serait fracturé l'avant-bras droit près de

l'articulation du coude et aurait été réformé de ce chef, en 1874, comme impropre à tout service.

Cependant tous les mouvements avaient reparu depuis longtemps et le malade ne ressentait aucune gêne, il y a deux mois, ni dans l'un, ni dans l'autre bras ; il nous affirme très positivement, à plusieurs reprises, qu'à ce moment ses deux membres supérieurs étaient pareils et de volume à peu près égal. — A cette époque, il est tombé d'une charrette sur le coude gauche. La douleur fut peu vive au moment de l'accident et les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sont restés possibles pendant quelque temps, puis apparurent des douleurs vives avec tuméfaction considérable et impossibilité d'exécuter le moindre mouvement.— Le coude a diminué de volume au bout de 29 jours, mais il est toujours resté plus gros que celui du côté opposé et a de nouveau grossi pendant le dernier mois qui a précédé l'entrée du malade à l'hôpital — Dès les premiers jours, le malade a senti de l'engourdissement dans l'avant-bras gauche. Depuis un mois et demi, c'est-à-dire une quinzaine de jours après sa chute, il a remarqué une diminution de la sensibilité ; mais, quoique les mouvements fussent encore douloureux, il a pu dès ce moment se servir assez de ce bras pour laver de la vaisselle. Cette gêne des mouvements n'a fait qu augmenter jusqu'à son entrée à l'hôpital ; en outre, depuis 2 ou 3 jours, l'engourdissement, qui n'avait pas cessé d'augmenter, s'est étendu aux 4 premiers doigts.

8 *janvier*. *État à l'entrée*. — Du côté du bras droit, où le malade aurait eu la fracture qui l'a fait réformer il y a 6 ans, nous ne trouvons aucune déformation. Aussi, quoique son certificat de réforme mentionne « une fracture compliquée du radius et du cubitus au voisinage de l'articulation du coude droit », avons-nous beaucoup de peine à croire à la réalité de cette fracture, malgré les affirmations du malade.

Nous sommes obligés de ne prendre qu'avec une certaine réserve les renseignements qui nous sont fournis par le malade, car il est peu intelligent.

L'examen du bras malade nous montre, en arrière de l'épitrochlée, un noyau calcaire, mobile au milieu des tissus fibreux, granuleux, qui donne lieu à une crépitation fine quand on lui imprime des mouvements. En avant de l'épitrochlée, sur l'humérus, est une ostéophyte, ovalaire, considérable, qui repousse l'artère en dehors et paraît dépasser en bas l'interligne articulaire. Pas d'ostéophyte à la partie externe ; saillie plus marquée de la cupule du radius.— A la partie postérieure de l'humérus, à deux travers de doigt de l'articulation, on trouve un noyau mobile, analogue à celui de la partie interne, situé sous le tendon du triceps. L'olécrâne, l'épicondyle et l'épitrochlée ont conservé leurs rapports normaux. — L'extension de l'avant-bras sur le bras ne peut pas être tout à fait complète. Quand on cherche à exagérer ces mouvements, le malade souffre au niveau de l'épitrochlée.— Plaques d'eczéma sur la moitié externe et postérieure du bras gauche, sur l'épaule et un peu sur le bras opposé.

Les mensurations que nous avons pratiquées nous ont donné les résultats suivants :

	Côté gauche.	Côté droit.
Clavicule	16	17
Radius	25.2	23.5
Cubitus, du sommet de l'olécrâne à l'ap. styloïde	28	24
Humérus, du bord post. de l'acromion au radius	31	32
Diam. transv. au niveau du pli artic. ant. du coude	11	9
Diam. antéro post. du coude au niveau de l'olécrâne	10	8
Circonférence du bras sous l'aisselle	31	30
» » » à la partie moyenne	31	26.3
Circ. du coude dans l'extens. { au-dessus de l'olécrâne	33	26
Circ. du coude dans l'extens. { au niveau de l'olécrâne	34	28.3
Circ. de l'avant-bras au 1/3 supérieur	27	26
» 1/3 inférieur	21	19
Extrémité du médius à la clavicule	73	73
(L'extension est plus complète du côté droit.)		
Circonf. du métacarpe sans le pouce	24	22.5
» des quatre derniers doigts	21	19.2
Diam. transv. au niveau des ap. styloïdes	7.5	6
De l'ap. styloïde du radius à l'extr. du médius	21.7	20.4
Longueur du médius	9.3	9

En somme, hypertrophie de l'avant-bras portant surtout sur le cubitus; aussi la main gauche est portée sur le bord radial, et l'extrémité inférieure du cubitus fait une saillie très considérable.

En même temps, la *sensibilité* du bras et de l'avant-bras présente des modifications curieuses : *sur le bras*, la sensibilité n'est conservée que sur la partie postérieure et interne, au niveau de la distribution du brachial cutané interne ; *à l'avant-bras*, la sensibilité n'existe aussi que sur le territoire du brachial cutané interne ; au niveau des rameaux du radial et du musculo-cutané, elle a complètement disparu; *sur la main*, tant sur la face dorsale que sur la face palmaire, la sensibilité ne persiste que dans la zone du cubital, elle est nulle dans la zone du radial et dans celle du médian; enfin, *aux doigts*, la sensibilité n'est même pas conservée dans tout le territoire du cubital, elle n'existe que sur l'auriculaire, et la face interne de l'annulaire est complètement anésthésiée.

En somme, il y a là une paralysie de tous les rameaux sensitifs du plexus brachial, à l'exception du brachial cutané interne et des rameaux cutanés du cubital, avec insensibilité absolue du tact, de la douleur, du chatouillement et de la température.— Les rameaux musculaires ne sont pas paralysés, les muscles sont seulement un peu moins forts qu'à droite, et on obtient avec la main gauche au dynamomètre 42,5 à droite et 33,5 à gauche, soit une différence de 9, presque négligeable si l'on tient compte de la différence physiologique entre la main droite et la main gauche.

Le diagnostic est ici très embarrassant, et, tout d'abord, il nous paraît impossible de croire le malade et d'admettre que toutes ces déformations ne datent que de deux mois. Quant à l'accident sur-

venu 2 mois avant son entrée à l'hôpital, la rapidité de son rétablissement relatif sans traitement, puisqu'il a pu travailler au bout de 15 jours, ne peut nous faire admettre l'hypothèse d'une fracture ni d'une luxation.

En résumé, nous avons ici affaire à une déformation du coude avec hypertrophie de l'avant-bras, portant surtout sur le cubitus. Il y a autour de l'articulation du coude des ostéophytes et des productions de tissu fibreux analogues à ce qu'on trouve dans l'arthrite sèche. Quant aux lésions nerveuses, leur cause nous échappe entièrement.

Au point de vue du pronostic et du traitement, nous n'avons pas là une affection chirurgicale, mais une infirmité contre laquelle nous ne pouvons absolument rien.

Ce fait est un exemple d'hypertrophie unilatérale partielle du membre supérieur gauche, portant surtout sur l'avant-bras et particulièrement sur le cubitus ; le bras est aussi plus gros, la main plus large, les doigts plus volumineux ; en outre, il y a des productions fibreuses et ostéophytiques autour de l'articulation du coude et des troubles de la sensibilité.

L'hypertrophie partielle du membre supérieur doit être considérée comme s'étant produite progressivement à mesure du développement du membre; quant aux déformations du coude et à l'insensibilité, elles paraissent être d'origine récente. L'état trophique particulier de ce membre peut expliquer la rapidité du développement des lésions du coude et l'infiltration dure dont presque tout le membre est le siège.

La cause de ces phénomènes nous échappe ; le fait est à enregistrer.

Je rappellerai que MM. Trélat et Monod, dans leur mémoire (*Arch. de méd.*, 1869, t. XIII, p. 536 et 676), attribuent l'hypertrophie unilatérale à une parésie vaso-motrice.

M. Sée. Il a paru dans ces derniers temps, en Allemagne, un mémoire très étendu sur les hypertrophies des membres. On y trouve des cas analogues à celui que M. Nicaise nous présente. Il me paraît évident que la pseudo-hypertrophie du malade en question s'est développée après la chute sur le coude. On peut donc admettre que l'inflammation plus ou moins lente, qui s'en est suivi, a été pour quelque chose dans la production de l'hypertrophie. J'ai présenté à la Société un enfant qui portait une hypertrophie du médius produite après un traumatisme opératoire. Cet enfant était né avec deux doigts soudés. Je les ai séparés; et à la suite de l'opération, le médius s'est hypertrophié de manière à devenir une gêne pour les fonctions de la main.

M. Verneuil. Il me paraît bien difficile d'admettre qu'une chute ait pu produire une hypertrophie pareille en si peu de temps. L'allongement d'un os survenant, chez un adulte, sans douleur ni phénomènes inflammatoires, est un fait tellement exceptionnel, que je crois plutôt à une hypertrophie congénitale très ancienne. Mais autour du coude, il s'est formé aussi des productions osseuses de date récente. Il y a 23 ou 24 ans, une discussion eut lieu à la Société de Chirurgie sur l'allongement hypertrophique des os. A ce moment, M. Broca disait qu'il n'y avait pas de fait probant de l'allongement d'un os chez un adulte.

M. Anger. Il me semble que l'homme en question porte une affection du coude due au traumatisme qu'il a subi. Il a eu vraisemblablement une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, à la suite de laquelle la tête du radius est restée luxée ou subluxée en dehors. Quant à l'hypertrophie en longueur du cubitus, elle me paraît beaucoup plus difficile à expliquer.

M. Desprès. Ce malade a fait une chute, il y a quatre mois, il s'est fracturé le coude, et il est resté sans traitement. L'extrémité inférieure de l'humérus et l'olécrâne ont été brisés. De plus, il existe dans le coude les lésions d'une arthrite sèche. Pourquoi appeler tout cela une hypertrophie, quand il n'y a que le gonflement qui accompagne les anciennes fractures compliquées d'une arthrite sèche? Le cubitus est augmenté de longueur par suite de la fracture de l'olécrâne. Quant aux troubles de la sensibilité, ils tiennent à la lésion articulaire.

M. Verneuil. Il y a deux choses chez ce malade : une affection antérieure du bras et un accident traumatique. Ce malade est tombé sur le coude ; et alors il a vu naître une maladie qui ne se serait peut-être pas développée sur un membre sain. Oui, ce malade a une arthrite sèche, caractérisée par des craquements et par des corps étrangers intra et extra-articulaires. Mais comment pourrait-on contester un état morbide antérieur, quand on voit que non seulement le cubitus, mais encore les doigts, sont plus longs de ce côté que de l'autre. Comment admettre que la chute sur le coude ait pu produire l'allongement des doigts?

M. Perrin. Je pense, comme M. Verneuil, qu'il y a deux questions à résoudre chez ce malade : la nature de l'accident et la différence de la longueur du membre. — Je ne trouve pas les signes d'une fracture. La situation du radius me ferait plutôt croire qu'il s'agit d'une luxation. Mais le point important est le rapport qui existe entre cet accident et l'allongement de l'avant-bras. Comment

expliquer l'allongement des os en si peu de temps ? L'anesthésie des nerfs sous-cutanés est aussi un phénomène inexplicable. Toutes ces inconnues rendent le fait extrêmement intéressant.

M. Sée. L'olécrâne est parfaitement intact et n'a pas été fracturé. La déformation du coude indique l'existence d'une luxation ou d'une subluxation, qui n'a pas été soignée. Le coude est encore le siège d'une inflammation chronique, car il est chaud et gonflé. En outre, l'hypertrophie du membre est évidente. Comme le malade affirme qu'avant l'accident les deux avant-bras étaient d'égale longueur, il y a lieu d'accorder une certaine importance au traumatisme. L'inflammation chronique et le trouble nerveux peuvent très bien expliquer un changement dans la nutrition du membre supérieur. Je persiste donc à rattacher cette hypertrophie à la chute que le malade a faite.

M. Nicaise. Je persiste à croire qu'il y a deux choses chez le malade que je présente : un trouble antérieur et un traumatisme. Il y a deux mois, le malade était dans le même état qu'aujourd'hui. Je ne sais pas ce qui s'est passé antérieurement. Indépendamment des lésions de l'arthrite sèche, il y a, à la partie antérieure de l'humérus, une saillie osseuse considérable qui n'est probablement pas un cal. Je crois que l'état trophique spécial antérieur du membre a une part dans l'état actuel de ce malade.

La séance est levée à 5 heures.

La société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 10 mars 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les *journaux périodiques de Paris ;*

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Bulletins de la Société de chirurgie.* — La *Revue scientifique.* — La *Revue de l'Est.* — Le *Montpellier médical.* — Le *Lyon médical.* — La *Gazette médicale de Strasbourg ;*

3° Le *British médical.* — La *Gazette médicale lombarde.* — Le

Journal d'Athènes.—Le *Centralblatt für Chirurgie*.—La *Nouvelle Gazette d'hygiène*.

4° La *Médecine du Thalmud*, par le Dr Rabbinowiez;

5° M. Duplay offre, de la part de M. le Dr Adrien Simon, deux exemplaires de sa thèse intitulée : *Étude sur la ligature élastique*.

M. le Président annonce que la Société de Chirurgie propose, pour le concours au *prix Demarquay*, la question suivante :

Du rôle étiologique de la contusion dans le développement des néoplasmes.

Et pour le concours au *prix Gerdy* :

De la réunion par première intention; histoire et doctrines.

Les mémoires devront être remis avant le 1er novembre 1881.

Deux prix seront décernés cette année : le *prix Duval*, à la meilleure thèse soutenue en 1880 par un interne des hôpitaux ou par un élève ayant un grade dans les hôpitaux, et le *prix Laborie*, à un mémoire dont le sujet est laissé au choix des concurrents. — Les thèses ou mémoires pour ces deux derniers prix doivent être remis avant le 1er novembre 1880.

Communication.

Cystite survenant au début de la grossesse et paraissant liée à cet état,

par le Dr Terrillon.

L'histoire de la cystite, chez la femme, présente encore plusieurs obscurités. Nous savons, par exemple, que la cystite tuberculeuse a été pendant longtemps inconnue, et qu'elle n'est bien décrite que depuis quelques années. J'ai moi-même appelé l'attention sur certains points de sa symptomatologie, en faisant voir que, quelquefois, la présence de fongosités uréthrales pouvait coïncider avec cette forme de cystite et même en être la conséquence.

Une communication sur ce sujet a été faite au congrès pour l'avancement des sciences de Montpellier, et j'ai publié, dans les derniers numéros du *Progrès médical*, un travail plus complet avec les observations.

L'uréthrite elle-même, quoique plus fréquente, est aussi considérée comme une affection qui demande de nouveaux éclaircissements, et l'hôpital de Lourcine est un terrain de prédilection, dans lequel j'espère pouvoir, je ne dis pas élucider, mais au moins éclairer un peu cette question.

Sans vouloir insister actuellement sur toutes les variétés d'inflammation des organes urinaires de la femme, je viens seulement appeler l'attention sur une variété de cystite peu connue, que j'ai observée un certain nombre de fois dans les premiers mois de la grossesse. Cette cystite semble liée à l'état de l'utérus gravide, mais sa nature m'avait échappé pendant quelque temps, la littérature médicale étant assez incomplète sur ce point, ainsi que je l'établirai plus loin.

Ainsi, je dirai d'abord dans quelles circonstances il m'a été donné d'observer ces faits ; j'indiquerai ensuite ce que les auteurs des traités de maladies des femmes ou d'accouchement ont écrit à ce sujet; enfin, je terminerai par quelques considérations sur cette cystite du début de la grossesse.

Il y a sept ans environ, je fus appelé à soigner une jeune femme âgée de 20 ans, qui se disait enceinte de 2 mois 1/2 à 3 mois. Elle désirait me consulter pour les symptômes suivants : des envies fréquentes d'uriner, surtout pendant la nuit, un sentiment de chaleur et de brûlure vers la fin de la miction lui causaient une gêne assez grande. Pendant la journée les envies d'uriner revenaient presque toutes les heures. Elle avait remarqué que l'urine, qui avait séjourné dans un vase pendant la nuit, répandait une odeur assez forte, et qu'il existait un dépôt assez abondant au fond du vase. Elle éprouvait ces phénomènes depuis sept à huit jours.

L'état général était bon; la grossesse semblait manifeste en tenant compte des signes ordinaires, et, sauf quelques douleurs dans le bas-ventre au-dessus du pubis, la malade n'éprouvait aucun phénomène sérieux.

L'examen des parties génitales me démontra qu'il n'y avait aucune trace de vaginite, ni d'uréthrite. Il y avait seulement de la leucorrhée, et une teinte violacée des muqueuses. L'introduction de la sonde uréthrale n'était douloureuse qu'au niveau du col vésical, et sa présence, dans la vessie, provoquait une sensation très pénible. L'urine extraite par la sonde était légèrement trouble, et contenait des éléments purulents en abondance d'après l'examen microscopique. Dans le vase existait un dépôt glaireux, adhérent, et l'urine répandait une odeur ammoniacale très prononcée. Le toucher me permit de constater seulement l'augmentation de volume du corps de l'utérus.

J'ordonnai des bains de siège, une tisane émolliente et quelques capsules de térébenthine avant les repas. Mais je n'avais aucune explication de la cause de cette cystite, ni rhumatisme, ni refroidissement apparent, ni uréthrite, ni soupçon de vaginite, ni dépla-

cement de l'utérus. Rien ne pouvait me mettre sur la voie en ce moment.

Les jours suivants, l'amélioration n'étant pas suffisante sous l'influence de la médication prescrite, et l'urine étant toujours trouble et donnant un dépôt assez abondant, je me décidai à faire quelques injections vésicales avec de l'eau légèrement alcoolisée. Ces injections assez bien supportées eurent un effet rapide, et la malade fut complètement guérie après une période de quinze jours environ. Elle n'eut aucune rechute ni avant, ni pendant l'accouchement, qui se fit normalement.

Ce fait, que je voyais pour la première fois, m'avait vivement frappé, d'autant plus que, recherchant dans les traités d'accouchement, je n'avais pu retrouver que des indications vagues à propos de cette cystite survenant au début de la grossesse. Je crus à une simple coïncidence, mais je pensai à profiter de la première occasion pour examiner de nouveau ce fait, et chercher à pénétrer la cause de cette cystite passagère.

Trois années après cette première atteinte de cystite, cette jeune femme eut, à la même période d'une seconde grossesse, une affection analogue. Cette fois, cependant, les symptômes furent moins intenses et cédèrent facilement par l'emploi de tisanes émollientes et de quelques capsules de térébenthine. La cystite avait duré une quinzaine de jours. Le dépôt muco-purulent avait été léger, mais très manifeste, et les globules de pus y étaient adondants.

La récidive, dans ce cas, indiquait bien la cause probable, et l'influence de la grossesse semblait manifeste. Mais ce cas isolé ne pouvait m'éclairer beaucoup. Le hasard me servit une seconde fois. Un an plus tard, un nouveau fait se présenta à mon observation et me confirma dans cette idée, qui me semblait démontrée par le cas précédent.

Une jeune femme de 22 ans, mariée, mère d'un enfant deux ans auparavant, éprouva, vers le 3e mois d'une seconde grossesse, des symptômes de cystite. Elle n'avait rien éprouvé de semblable pendant sa première grossesse. Ici les phénomènes différaient peu de ceux que j'avais pu noter chez la malade précédente; aussi je n'y insisterai pas. Je dirai seulement que l'examen des organes génitaux et du canal de l'urèthre ne permit de découvrir aucune cause apparente. L'utérus, augmenté de volume, occupait sa position normale. Le col était légèrement ramolli. La douleur était localisée au col de la vessie et à la muqueuse de cet organe, lorsqu'on faisait l'exploration avec une sonde.

Enfin, les symptômes durèrent une vingtaine de jours et cédèrent aux moyens médicaux ordinaires. L'accouchement eut lieu à

l'époque normale et dans de bonnes conditions ; elle n'eut à cette époque aucun phénomène de cystite.

Cette fois, je n'avais plus aucun doute, et la cystite était nettement liée à la grossesse ; rien ne pouvait expliquer son développement par une autre cause, soit extérieure, soit intérieure.

Enfin, depuis un an, j'ai pu observer deux nouveaux faits, qui sont plus nettement présents à ma mémoire et qui ne me permettent aucune hésitation.

Voici le premier : la femme d'un de mes amis et client, mariée depuis dix-huit mois, devient enceinte au mois de mars de l'année 1879 (elle a accouché en décembre). Au commencement de juin, son mari me prévint qu'il était assez inquiet d'un symptôme que présentait sa femme, symptôme, qui sans altérer sa santé, en tout point satisfaisante, la gênait horriblement. Des envies fréquentes d'uriner pendant la journée, suivies d'épreintes vésicales pendant quelques minutes, l'obligation de se relever pendant la nuit pour satisfaire ces besoins, indiquaient nettement une cystite assez vive. L'odeur ammoniacale des urines, avec un dépôt légèrement trouble et adhérent au fond du vase, était un indice également assez net. Cet état durait depuis une douzaine de jours.

Je me rendis auprès de la malade et après une interrogation minutieuse et l'examen de l'urine purulente, je n'hésitai pas à déclarer que nous étions en présence de cette cystite liée à la grossesse, que le pronostic était bénin, et que la guérison serait probablement rapide. Le toucher me permit de constater les modifications de l'utérus ordinaires à une grossesse de cette époque sans déviation. L'examen des parties génitales ne put être pratiqué en présence de la répugnance de la malade ; je n'insistai pas du reste, car il me semblait inutile, au moins pour le moment. Le linge ne présentait pas d'autres traces que celles dues à la leucorrhée. Des bains de siège, de la térébenthine en capsules avant le repas, des boissons émollientes et le repos, amenèrent rapidement une amélioration dans son état. La guérison ne se fit pas attendre plus de vingt jours.

J'examinai dans l'intervalle plusieurs fois le dépôt de l'urine et j'y constatai des globules de pus, assez nombreux au début, et des cellules épithéliales altérées ; le mucus était aussi assez abondant. Mais un fait qui mérite d'être signalé, car il me semble unique, est celui-ci : cette urine a présenté deux fois des traces de sucre assez manifestes, d'après les analyses faites par un pharmacien très consciencieux.

Cette jeune femme a accouché normalement, avec une présentation du siège, sans avoir éprouvé, ni avant, ni après l'accouchement, ni depuis cette époque aucun trouble du côté de la vessie.

Le dernier fait est encore sous mon observation, quoique lointaine, puisque la jeune femme habite actuellement le midi de la France. Elle fut soignée par moi, pendant plusieurs années. Mariée depuis neuf mois, elle est enceinte actuellement de six mois environ. Les phénomènes de cystite ont commencé, il y a deux mois et demi. Ils furent assez intenses pendant quelques jours. L'urine était trouble, le dépôt légèrement adhérent au vase, et répandant une odeur assez forte. Les envies d'uriner étaient fréquentes pendant la nuit et aussi pendant la journée, au point d'incommoder cette jeune femme et de l'empêcher de sortir. La marche paraissait exagérer ces symptômes; il en était de même de l'usage de la voiture. Cet état dura environ un mois, en s'amoindrissant dans les derniers jours sous l'influence du traitement. Actuellement elle est complètement débarrassée de cette courte maladie.

Je vous livre ces faits, tels que je les ai observés, et malgré leur insuffisance, ils m'ont semblé intéressants à signaler.

Voici maintenant les quelques réflexions, qu'il me semble indispensable d'en tirer.

Cette cystite, ordinairement passagère, semble ne survenir que vers le troisième ou quatrième mois de la grossesse.

Elle constitue une gêne assez considérable pour les malades, sans cependant altérer leur santé, ou modifier le cours de la grossesse. Mais il est utile de savoir si elle peut reconnaître une cause autre que cet état physiologique, et si elle existe à toutes les époques de la grossesse avec le même caractère. Il faut donc examiner si cette affection est bien indépendante d'une autre inflammation des organes génitaux urinaires, ou d'une affection générale. Nous verrons ensuite si on peut la considérer comme liée à l'état de grossesse.

Pour répondre à la première question, on peut dire qu'il était impossible de soupçonner, chez les femmes que j'ai observées, aucune contagion. L'examen attentif des parties génitales dans deux cas au moins, et l'absence de tout phénomène autre, ainsi que la condition sociale des malades, éloignent certainement toute idée de cette nature. Je dirai même qu'un fait à peu près semblable s'est présenté à mon observation chez une fille de mœurs légères, mais ayant quelques doutes sur la contagion possible et surtout à cause d'un suintement léger de l'utérus qui l'accompagnait, j'ai supposé une autre affection; aussi je m'abstiens d'en parler. Cependant je dois ajouter que la cystite succédant à une uréthrite, chez la femme, doit être très rare. A l'hôpital de Lourcine où j'examine avec soin les femmes à ce point de vue, j'ai constaté l'uréthrite fréquemment, il n'y a même qu'un petit nombre de femmes qui

n'aient pas l'urèthre malade, et cependant la cystite n'existe que très rarement. Pour mon compte, je n'en ai pas encore vu. Je crois que mes prédécesseurs dans cet hôpital la considèrent comme très rare : M. A. Guérin, dans son Traité des *maladies des organes génitaux extérieurs de la femme*, signale d'une façon spéciale la rareté de la cystite dans ces conditions.

On ne peut penser davantage à une cystite par traumatisme, suite des premières approches, puisqu'elle est survenue à une époque assez éloignée du mariage. Chez ma première malade, elle a même récidivé au début d'une seconde grossesse, laquelle a succédé à la première au bout de trois ans.

Enfin, peut-on supposer qu'il y ait eu dans ces cas une de ces cystites dues au refroidissement, qui ont été décrites par quelques auteurs, et qui sont du reste bien démontrées? Je ne saurais affirmer le contraire en présence de mes observations; mais cependant l'apparition lente de la maladie, son début insensible, pour ainsi dire, diffère du début ordinairement assez rapide de la cystite par refroidissement.

Je crois donc pouvoir affirmer que cette cystite ne pouvait reconnaître aucune autre cause que l'état de grossesse. Il s'agissait non pas d'une simple coïncidence, mais bien d'une relation directe entre l'état nouveau de l'utérus gravide et l'affection vésicale.

Il m'est facile, du reste, de démontrer la réalité de cette hypothèse, en m'appuyant en partie sur des troubles analogues, survenant non seulement pendant le cours de certaines maladies utérines, telles qu'ils sont admis par plusieurs auteurs, mais aussi pendant le cours de la grossesse, faits qui n'attendent plus leur démonstration.

Les troubles vésicaux peuvent, en effet, survenir à deux époques différentes de grossesse : quelque temps après le début, c'est-à-dire, vers le 3e ou 4e mois, à la fin ou au 8e et 9e mois.

Parlons d'abord de cette dernière période, puisqu'elle doit nous occuper moins spécialement.

A la fin de la grossesse, le fonctionnement de la vessie peut être troublé au point de donner lieu à des cystites assez sérieuses. Capuron, dans son Traité des *maladies des femmes,* insiste sur ces faits, et plusieurs autres auteurs ont décrit ces troubles qui reconnaissent ordinairement pour cause la compression de la vessie. Il y a quelques années, dans un article intéressant intitulé *Vessie irritable dans les derniers mois de la grossesse* (*in Transaction of the obstetrical society of London*, t. XIII, p. 42, 1871), Plaiffair a appelé spécialement l'attention sur ce sujet. Pour lui la position vicieuse du fœtus est la cause ordinaire de ces phénomènes d'irritabilité, sans cystite proprement dite. Or, comme la position du fœtus peut être changée, grâce à l'emploi de manœu-

vres extérieures, et être maintenu dans sa nouvelle situation par des appareils appropriés, il conseille d'employer ce moyen pour soulager la malade et il semble avoir réussi. Il rapporte plusieurs observations qui démontrent la réalité de cette affection spéciale de la vessie, qu'on pourrait confondre avec une cystite vraie, mais qui en diffère par l'absence de troubles dans la composition de l'urine. Il y a, dans ce cas, uniquement une altération fonctionnelle de l'organe comprimé, mais sans altération anatomique de la muqueuse. Il est certain que les faits que je viens de citer, ne peuvent rentrer dans cette catégorie, aussi je les laisserai de côté.

J'arrive maintenant aux renseignements que j'ai pu recruter sur les troubles vésicaux qui surviennent dans la première période de la grossesse. Comme je l'ai dit en commençant, la littérature médicale est assez incomplète sur ce point, et ce n'est que accessoirement que quelques auteurs classiques ont signalé cette affection. Les troubles vésicaux ont été signalés par plusieurs auteurs et principalement par Churchill (*Traité des maladies des femmes*, trad. par Willand et Dubrisay, *revu* par Leblond, p. 97, 2e p. 1874). Sous le titre suivant : *Irritabilité réflexe de la vessie*, il décrit une affection spéciale qui survient quelquefois dans le cours de certaines maladies, et qui ne s'accompagne d'aucune altération de l'urine. Dans certains cas, cette même irritabilité vésicale se voit aussi au début de la grossesse. Mais dans tous ces cas l'auteur a soin d'ajouter qu'il s'agit d'un trouble nerveux, avec contractions musculaires douloureuses de l'organe, les urines restant normales.

West dans son Traité des *maladies des femmes* (West et Duncan, *Diseases of Women*, London, 1879, fourth ed. p. 591) signale aussi ces troubles de la miction, mais il est le seul qui ajoute que, dans quelques cas, l'urine peut être chargée de phosphates, ou même contenir du pus ou du mucus. Mais il ne parle pas de cystite véritable et n'insiste pas sur cette altération de l'urine, qui cependant a une certaine importance, comme nous le verrons plus loin.

Mais cette irritabilité vésicale n'est pas la seule affection qu'on peut rencontrer au début de la grossesse. Il existe, en effet, une autre variété de troubles vésicaux dus à la rétroversion de l'utérus gravide. Cet organe placé dans une position vicieuse comprime la vessie dans le voisinage de son col, produit des phénomènes de rétention, accompagnés bientôt de cystite purulente, laquelle peut devenir assez sérieuse.

Des exemples intéressants de cette variété, ainsi que la discussion relative à l'étiologie et aux suites de cette cystite, se trouvent

dans une thèse de 1877, présentée par M. le D[r] Laurent Mons, et intitulée de la *cystite dans la grossesse et l'accouchement*. Cet auteur étudie avec soin le mécanisme de la rétroversion et des accidents vésicaux qui l'accompagnent, accidents quelquefois assez graves, puisqu'il cite un cas de mort survenu à la suite de la cystite purulente ; ce cas a été signalé par Gooch.

M. le professeur Depaul, dans ses *leçons de clinique obstétricale* (p. 369), a également indiqué ces troubles de la vessie accompagnant la rétroversion de l'utérus et s'accompagnant de rétention urinaire. Pour lui, la position vicieuse de l'utérus semble due, dans la plupart des cas, à une rétention d'urine de cause inconnue, qui amenant une augmentation de volume considérable de la vessie ferait basculer l'utérus et produirait la rétroversion. Celle-ci deviendrait ainsi un phénomène secondaire. D'après Mons, cette théorie ne pourrait convenir qu'à certains cas. En effet, il cite des observations dans lesquels la rétroversion, survenue à la suite d'une chute ou d'un traumatisme du bassin, serait certainement primitive. En tout cas, cette cystite par compression serait considérée comme un phénomène sérieux et pouvant donner des inquiétudes au point de vue général.

Par ce court résumé, dans lequel je n'ai signalé que les auteurs qui avaient parlé spécialement des troubles vésicaux survenant au début de la grossesse, on peut voir que tous admettent deux variétés distinctes.

Tantôt il s'agit de phénomènes douloureux n'ayant rien de commun avec la cystite puisque, l'urine n'est pas altérée, et qui paraissent dus à un retentissement sur la vessie, par voie réflexe, de l'affection utérine.

Tantôt, au contraire, on voit survenir des phénomènes de rétention, avec cystite consécutive, quelquefois assez sérieuse, mais cet état étant le résultat de la compression du col vésical par l'utérus gravide en retroversion.

Voyons maintenant si les faits, que j'ai observés, peuvent entrer dans les variétés que je viens d'indiquer, ou si au contraire ils sont distincts. Telle est la question que je désire discuter actuellement. Il est évident qu'il ne s'agit pas ici de ces cas de vessie irritable, signalés par Churchill, puisque l'urine était muco-purulente et qu'elle présentait tous les caractères de l'urine rendue dans le cas de cystite ordinaire. Chez une de mes malades, la vessie était assez malade pour que j'aie été obligé de faire des injections modificatrices dans sa cavité. Avions-nous affaire, au contraire, à la seconde variété, à celle qui accompagne la rétroversion d'un utérus gravide. Je ne le crois pas non plus, car ici le toucher vaginal m'aurait certainement mis sur la voie de cette

affection, le col présentant une direction anormale qu'on ne rencontre que dans cette situation. Enfin il n'y avait eu ni rétention d'urine, ni les phénomènes graves si souvent notés dans ce cas. Les malades n'avaient subi aucun trouble, aucun traumatisme qui aurait pu amener un semblable état de l'utérus gravide.

Quelle était alors l'explication de ce phénomène, non pas précisément grave, mais au moins très gênant et très inquiétant pour les malades? C'est ce que je ne discuterai pas longtemps ici, car ce serait entrer dans le champ des hypothèses, chose toujours séduisante, mais souvent inutile ou stérile (M. E. Monod, interne des hôpitaux, auquel j'ai donné deux observations, doit faire paraître prochainement un mémoire sur ce sujet). Je dirai seulement que, mettant de côté la compression, à cette époque de la grossesse, à cause du peu de volume de l'utérus, éliminant aussi, et à plus forte raison, la rétroversion qui n'existait pas dans ce cas, je pencherai vers l'explication vague des troubles de voisinage.

De même que Churchill admet, comme d'autres auteurs, que la vessie perd son influence par voie reflexe à la suite d'une lésion quelconque de l'utérus, ou de la grossesse, de même on peut admettre que cette même action peut aller jusqu'à provoquer une congestion ou même une inflammation de la muqueuse. Il se passerait là quelque chose d'analogue, quoique plus spécial, à cette recrudescence des cystites chroniques qui accompagne l'apparition des règles, fait signalé par Bernardet sous l'inspiration de son maître Laugier et indiqué également par West. Les troubles de la circulation des organes du bassin, sous l'influence de la grossesse, peuvent donc être mis en cause. Enfin, en poursuivant cette idée, peut-être pourrait-on penser à une cystite due à la dilatation variqueuse des veines de la muqueuse du col, telles que M. Tillaux en a signalé des exemples, et qui reconnaîtrait le même mécanisme que celle qui existe à l'anus, à la vulve et sur les parois du vagin, et donne à cet organe cette apparence violacée qui indique la grossesse. En tout cas, il se passe ici un phénomène de même ordre que celui que je trouve signalé dans une thèse de M. Bernardet (1865), sur le *catarrhe de la vessie chez la femme réglée.* Sous l'inspiration de Laugier, M. Bernardet montre que certaines maladies de la vessie peuvent être influencées par l'époque menstruelle. La cystite chronique devient plus aiguë à ce moment pour diminuer d'intensité après cette époque. La cystite tuberculeuse semble influencée par les règles.

Je m'arrête ici, car je me sens entraîné vers l'écueil que je cherchais à éviter. Qu'il me suffise donc d'avoir insisté sur cette variété de cystite du début de la grosesse, cystite qui doit être assez fréquente, si j'en juge par les faits que j'ai pu rencontrer, et

sur laquelle on n'a pas insisté jusqu'ici. Un grand nombre de ces cas passent peut-être inaperçus à cause de leur guérison facile et du peu d'importance particulière que les malades attachent aux symptômes passagers, qui accompagnent les modifications des organes génitaux, modifications auxquelles toute femme enceinte doit s'attendre. C'est là une question à laquelle je ne saurais répondre. En tout cas, à côté des faits d'irritabilité sans altération de l'urine, et aussi à côté de ces cystites graves ou au moins inquiétantes qui succèdent aux rétroversions, il existe une cystite indépendante, ordinairement bénigne, mais pouvant donner des symptômes assez sérieux pour inquiéter les femmes au début de la grossesse. Il est bon d'être prévenu de ces faits qui peuvent faire commettre des erreurs, mais qui, une fois bien constatés, permettent de rassurer la patiente et d'opposer à cette affection un traitement approprié.

Discussion.

M. Desprès demande à M. Terrillon s'il a examiné au microscope les dépôts urinaires de ses malades.

M. Terrillon répond que ces dépôts contenaient du pus au microscope.

M. Desprès. Un interne de M. Guyon vient de publier un mémoire sur la cystite des femmes enceintes. Après la lecture de ce mémoire, comme après la communication de M. Terrillon, je suis frappé du petit nombre d'observations qui ont été recueillies. Je suis surpris de voir que l'on rattache la cystite exclusivement au fait de la grossesse. Il est bien étonnant que la cystite des femmes grosses ait passé inaperçue jusqu'à ce jour. En d'autres termes, si la grossesse seule pouvait être la cause d'une cystite, il devrait s'en rencontrer un nombre beaucoup plus considérable. Il faut donc chercher, si derrière les observations citées, il n'y aurait pas quelque autre cause que la grossesse, et je suis obligé de critiquer à ce point de vue la communication de M. Terrillon. Son mémoire ne s'appuie pas suffisamment sur des faits, car il ne renferme que trois observations. J'ai eu un service à l'hôpital de Lourcine, où j'ai eu à soigner beaucoup de femmes enceintes, or je dois dire que je n'ai pas rencontré de cystite. D'une manière générale, la cystite est très rare chez la femme; on peut dire qu'elle est vingt fois plus fréquente chez l'homme. Cette différence de fréquence tient surtout à ce qu'il n'y a pas de rétrécissement de l'urèthre chez la femme. J'ai vu des cystites chez les femmes qui avaient la gravelle, la phosphaturie, l'albu-

minurie ou le diabète; mais la grossesse seule ne peut être la cause de l'inflammation de la vessie. La grossesse est absolument étrangère à la cystite que l'on rencontre chez les femmes enceintes. Les traités d'accouchements étudient dans un chapitre, intitulé des *sédiments urinaires*, les dépôts qui se forment dans l'urine pendant la grossesse. Ces dépôts renferment ordinairement de l'albumine. Cette albuminurie est bien réellement en rapport avec la grossesse, mais il y a une très grande différence entre cette lésion et la cystite. La cystite, chez la femme, est une affection très rebelle et très douloureuse. Or, les cystites de MM. Monod, Terrillon et Guyon sont comparativement des affections bien anodines. Elles ont guéri en trois mois ! Est-ce là la marche d'une inflammation véritable de la vessie? Ne s'agit-il pas plutôt d'une uréthrite ? Je me résume en disant : la grossesse est un état physiologique; il n'y a aucune raison pour qu'elle devienne la cause d'une maladie, à moins qu'il n'y ait antérieurement une prédisposition spéciale. S'il se produit une cystite, c'est à cette prédisposition, et non à la grossesse elle-même, qu'il faut l'attribuer.

M. Guéniot. J'ai souvent été consulté pour des troubles de la miction pendant la grossesse. Ces troubles ne sont pas aussi rares que semble le croire M. Desprès ; mais ils sont généralement assez légers et assez faciles à faire disparaître pour qu'on n'y attache qu'une minime importance. C'est pour cela que les auteurs n'insistent pas sur ce sujet. Le mot de cystite, pour désigner ces troubles, est peut-être exagéré. Il s'agit plutôt d'une irritation que d'une véritable inflammation. Le mot irritation du col vésical exprimerait plus exactement l'état des choses. Le repos, une alimentation légère, des bains, continués pendant 10 ou 15 jours, en ont facilement raison.

La cause de ces accidents réside dans la pression que l'utérus exerce sur le col de la vessie et dans l'hyperhémie qui existe non seulement dans l'utérus, mais aussi dans son voisinage. Pour peu qu'à ces causes vienne s'ajouter quelque écart de régime, quelque excès vénérien, on voit se développer l'irritation vésicale.

J'ai observé une fois une vraie cystite à la suite d'une fausse couche. Il y avait du pus dans l'urine et le traitement a été très long.

M. Guyon. Il y a pendant la grossesse des cystites très légères, qui n'ont pas d'autres causes que celles que M. Guéniot vient d'énoncer. M. Desprès a fait allusion à un travail que j'ai inspiré et qui n'est pas encore imprimé. Ce n'est pas sur ces cystites passagères que j'ai attiré l'attention de M. Monod, mais bien sur

des cystites rebelles, graves, durant des années. Ces cystites, que j'ai observées un assez grand nombre de fois, paraissent avoir pour cause, non pas la grossesse, mais l'accouchement et surtout un accouchement pénible. Ces cystites post-puerpuérales ont tous les caractères de la cystite véritable. Elles produisent des douleurs très vives et un écoulement de sang à la fin de la miction. Elles empêchent la marche et entravent la vie des malades. J'en soigne une chez une femme qui n'a pas pu marcher depuis 18 mois. On voit chez les femmes des cystites infiniment plus rebelles que celles que l'on rencontre dans l'autre sexe. Cependant il faut savoir que la présence du pus dans l'urine de la femme n'est pas un aussi bon signe que chez l'homme, en raison des écoulements vaginaux qui peuvent se mêler aux urines. Ce n'est donc pas pendant la grossesse, mais après l'accouchement que les cystites graves apparaissent, et ces cas sont bien différents de ceux que M. Terrillon a observés.

M. Le Dentu. Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre de malades dans les conditions qui viennent d'être indiquées, je demande la permission d'ajouter quelques réflexions. La cystite des femmes enceintes est fréquente. J'en observe actuellement deux exemples, et il faut noter que dans l'un de ces cas, la malade a déjà eu une cystite à une première grossesse. Non seulement les cystites post-puerpuérales, mais encore les cystites indépendantes de l'accouchement sont beaucoup plus fréquentes que M. Desprès ne le dit. J'ai observé les malades dont l'histoire est relatée dans la thèse de M. Bernardet. Depuis j'ai soigné plusieurs femmes qui avaient des cystites tenaces. Je soigne encore une dame qui, depuis dix ans, a une cystite avec urines purulentes et spasme vésical.

M. Desprès. Nous ne sommes pas en droit de dire que la grossesse est une cause de cystite. Lorsqu'il y a cystite, c'est qu'il y a, avec la grossesse ou antérieurement à la grossesse, un état capable de produire cette maladie. Après les accouchements difficiles, il peut se produire une cystite que personne ne conteste, c'est le traumatisme qui en est la cause. Je dirai à M. Guéniot que l'irritation de la vessie chez les jeunes femmes, qui abusent du coït, n'est pas une maladie ni un accident de la grossesse. Si l'on consulte la statistique des hôpitaux, on voit qu'il y a une grande différence pour la fréquence entre la cystite chez l'homme et chez la femme.

M. Trélat. La question de fréquence ou de rareté de la cystite chez la femme n'a pas été traitée, et elle n'est pas facile à connaître. M. Desprès invoque la statistique des hôpitaux ; mais ce renseignement est sans valeur, parce que la cystite s'enchaîne à d'autres

maladies qui attirent plus spécialement l'attention et qui sont indiquées sur la statistique sans qu'il soit fait mention de la cystite concomitante. Le diagnostic de ces états juxtaposés est difficile à faire et n'a probablement pas toujours été fait. La cystite nous échappe souvent et ne figure pas dans les statistiques.

M. Desprès dit que les cystites sont produites par des violences quelconques. Mais pourquoi oublie-t-il un fait qui est admis partout : c'est qu'une femme, qui souffre de l'utérus et de la vessie, guérit de sa cystite, lorsque la maladie utérine n'existe plus. Il en résulte qu'on ne peut pas attribuer à des actes mécaniques tous les phénomènes irritatifs, qui se passent du côté de la vessie. Il est toujours très délicat de savoir ce qu'il faut rapporter à l'utérus et ce qu'il faut rapporter à la vessie chez une femme qui a du ténisme, des irritations vésicales et des envies fréquentes d'uriner.

M. Terrillon. Dans les cas que j'ai cités, il s'agissait bien d'une cystite, car j'ai recueilli l'urine avec une sonde introduite dans la vessie, et j'y ai trouvé du pus au microscope.

J'ai voulu démontrer qu'au début de la grossesse, outre l'irritabilité de la vessie décrite par les auteurs, outre les cas graves de cystite déterminés par la compression de la vessie, il y a une troisième variété de cystite vraie, légère, sans gravité et bien différente de l'irritabilité de la vessie. Dire que ces cas sont fréquents, je ne l'ai pas dit ; mais je crois devoir appeler l'attention sur cet état, qui est une véritable cystite.

Le séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 17 mars 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques publiés à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

3° Le *British medical*, le *Centralblatt für Chirurgie*, le *Journal d'Athènes*, la *Gazette de santé militaire* de Madrid;

4° *Le Cancer du Larynx*, par le docteur Krishaber;

5° Les *Mémoires de l'Académie royale de médecine de Belgique ;*

6° Une lettre de M. Marjolin demandant le titre de membre honoraire ;

7° Une observation de M. le docteur Dubrueil, intitulée : *Contracture réflexe consécutive à un traumatisme articulaire*. Lecture en sera donnée dans une des séances prochaines.

M. le président annonce que M. Azam, de Bordeaux, membre correspondant, assiste à la séance.

Élection.

Une commission est nommée au scrutin de liste pour faire un rapport sur une révision du Règlement relativement au mode de cotisation des membres correspondants nationaux. Cette commission se compose de MM. Berger, Delens, Houel, Perrin et Nicaise.

Communication.

Sur l'uréthrotomie externe avec le thermocautère.

Par M. VERNEUIL.

Depuis plusieurs années, je n'avais pas eu l'occasion de faire l'uréthrotomie externe, que je considère comme une excellente opération. Les dernières opérations que j'avais pratiquées, avaient été faites avec le bistouri, et j'avais été frappé des difficultés particulières que suscite l'écoulement du sang. Ces difficultés se rencontrent même lorsqu'on peut faire usage d'un conducteur. Je ne sais si la petite modification, que je vais faire connaître, réussira toujours; mais je peux dire qu'en employant le thermocautère, j'ai fait deux opérations d'uréthrotomie externe avec une grande facilité.

Dans un cas où il s'agissait d'un rétrécissement de l'urèthre fort étroit à la suite d'un traumatisme, j'ai fait toute l'opération en dix minutes. Le patient n'a point perdu de sang, et les suites de l'opération ont été extrêmement simples.

Dans le second cas, l'opération a été un peu plus longue. Le périnée était labouré par des fistules, épaissi et enflammé. Le malade tolérait très mal la dilatation : on arrivait à introduire la sonde n° 9, mais dès qu'on dépassait ce calibre, il se produisait des accidents fébriles graves, et l'urine devenait purulente. Il

fallait garantir le malade contre ces accidents, et je me décidai à faire l'uréthrotomie externe. L'opération a été plus longue en raison de l'état du périnée, et aussi parce que j'ai rencontré au col de la vessie un obstacle qui a retardé la pénétration de la sonde.

Dans les deux cas, j'ai employé la sonde de caoutchouc rouge. Je l'introduis par l'urèthre, je la fais sortir par la plaie périnéale, puis je la courbe vers le bout postérieur du canal et je la dirige dans la vessie.

Les suites de ces deux opérations ont été d'une simplicité extraordinaire. Il n'y a pas eu d'escharres sur les lèvres de l'incision, et au bout de trois ou quatre jours, les malades avaient des plaies rouges, bourgeonnantes, superbes.

Je crois que les sections avec le fer rouge sont plus innocentes que celles que l'on fait avec le bistouri; mais le point sur lequel je veux insister, c'est que l'uréthrotomie externe avec le thermocautère est un procédé beaucoup plus facile.

Comme je désirais ne pas faire de perte de substance à la paroi uréthrale, j'ai ouvert la muqueuse avec le couteau le plus petit du thermocautère. J'ai introduit deux ou trois fois une sonde cannelée dans l'urèthre, et sur la cannelure je faisais glisser le couteau rougi. J'ai pratiqué ainsi une incision qui avait certainement deux centimètres d'étendue.

M. Berger. M. Verneuil a sans doute oublié qu'il a déjà exécuté l'uréthrotomie externe avec le thermocautère, en 1876. Voici dans quelles circonstances : j'avais pratiqué la taille chez un homme atteint d'une cystite grave, et j'avais eu à combattre, après l'opération, une hémorrhagie très inquiétante. Le malade guérit, mais il était resté un fragment de calcul qui vint s'arrêter dans l'urèthre. Comme le malade était affaibli et qu'il avait eu une hémorrhagie grave après la taille que j'avais faite, M. Verneuil fit l'incision pour retirer le calcul avec le thermocautère. Le malade a guéri.

De l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique, spécialement pour l'anesthésie localisée.

Par M. Terrillon.

Le bromure d'éthyle est une substance volatile, ayant une odeur assez prononcée, mais nullement désagréable. Ce liquide est neutre. On l'obtient facilement pur, et il est facile à préparer, même en petite quantité.

Ces propriétés principales, que je viens de signaler, indiquent donc que ce corps doit pouvoir être utilisé comme anesthésique

au même titre que d'autres substances voisines comme composition. Grâce à l'obligeance de M. Yvon, pharmacien, qui m'a signalé l'usage qu'on pouvait faire du bromure d'éthyle comme anesthésique, et qui a préparé cette substance dans son laboratoire, j'ai pu faire quelques expérimentations que je désire faire connaître à la Société de Chirurgie.

Ces expériences ont été faites à deux points de vue différents: le bromure d'éthyle étant employé comme agent d'anesthésie locale, et comme agent d'anesthésie générale.

Pour l'anesthésie locale, j'ai employé la méthode de pulvérisation avec un appareil de Richardson; de façon à comparer les effets obtenus avec ceux que produit l'éther, qui est la substance la plus généralement employée en France. Je compte faire plus tard des expériences comparatives avec le bichlorure de méthylène, qui est assez généralement employé par quelques chirurgiens allemands.

La pulvérisation du bromure d'éthyle a d'abord été pratiquée sur le réservoir d'un thermomètre, et j'ai pu constater que la température descendait rapidement à — 10° et même au delà. Cette réfrigération a semblé survenir beaucoup plus rapidement qu'avec l'éther. Si on dirige le jet de pulvérisation sur l'extrémité des doigts, on éprouve rapidement une sensation de froid et d'engourdissement qui, cependant, n'est pas douloureuse et n'est pas persistante, si on cesse la pulvérisation. La piqûre du doigt répétée et profonde ne provoquait alors aucune douleur.

En présence de ces résultats, il était certain qu'on devait obtenir une anesthésie suffisante pour pratiquer des opérations rapides, au même titre qu'avec les pulvérisations d'éther, puisque le refroidissement est, dans ce cas, la cause principale et même peut-être unique de l'anesthésie.

L'ouverture de deux panaris sous-dermiques et de deux abcès superficiels après pulvérisation de bromure d'éthyle pendant quelques secondes, obtenue sans douleur, me démontra la réalité de l'anesthésie locale.

Mais je pus faire, à l'hôpital de Lourcine, des opérations plus longues et plus délicates, qui donneront une preuve plus évidente encore. Un assez grand nombre de femmes entrent dans cet hôpital avec des végétations confluentes de la vulve et des grandes lèvres s'étendant même sur la racine de la cuisse. Le seul moyen de débarrasser avec rapidité les malades de cette affection consiste à faire, avec une paire de ciseaux, l'ablation de ces végétations, en un mot, à les tondre, d'après l'expression souvent employée pour désigner ce genre d'opération. Cette ablation est longue, minutieuse, car il faut, autant que possible, épargner

la peau sous-jacente aux végétations, dans la crainte d'avoir des cicatrices indélébiles. L'ablation des végétations est extrêmement douloureuse ; aussi j'avais pour habitude d'endormir les malades avec le chloroforme.

J'essayai la pulvérisation de bromure d'éthyle, et j'obtins ainsi une anesthésie presque totale. Je pus continuer l'expérience malgré le contact du liquide pulvérisé avec les plaies récentes. Ce contact ne provoquait pas une douleur vive et cuisante comme l'éther, grâce probablement à ce fait que le bromure d'éthyle est neutre.

Je n'ai pas eu l'occasion de l'employer pour l'ouverture de phlegmons profonds. Il m'est donc difficile de dire si l'anesthésie profonde peut être obtenue plus facilement avec ce liquide qu'avec l'éther. Or on sait que c'est là le desideratum de toutes les méthodes d'anesthésie locale. De nouvelles expériences me permettront de juger cette question importante.

En résumé, voici les principales conclusions que je crois pouvoir tirer de ces expériences.

Le bromure d'éthyle, employé comme agent anesthésique local à l'aide de l'appareil pulvérisateur de Richardson, semble avoir les avantages suivants, comparés surtout à l'éther:

Il agit plus rapidement pour abaisser la température, par conséquent, pour procurer l'anesthésie locale.

Il n'irrite pas les bords d'une plaie récente, en sa qualité de liquide neutre, ce qui permet de continuer la pulvérisation pendant l'opération sanglante.

L'insensibilité paraît être égale, peut-être même supérieure, à celle obtenue par la pulvérisation d'éther.

Son odeur, moins désagréable que l'éther et surtout moins pénétrante, n'incommode pas certains malades, qui craignent l'odeur de l'éther.

Enfin ce liquide, non inflammable, peut être manié sans avoir besoin de prendre les précautions nécessitées par l'inflammabilité de l'éther. Or, on sait que des accidents graves ont été la conséquence du contact d'une lumière, ou d'un corps chauffé au rouge, avec la vapeur d'éther pulvérisé.

L'anesthésie générale peut être obtenue avec le bromure d'éthyle, comme avec les substances analogues et très volatiles. Comme ce corps n'a pas encore été employé chez l'homme, autant que je puis l'affirmer après avoir recherché avec soin dans la Bibliographie étrangère, et que je n'ai pas encore jugé opportun de l'employer dans ce cas, je ne rapporterai ici que le résultat de quelques expériences pratiquées sur les animaux.

Ces expériences ont été faites, pour la plupart, avec M. Yvon et

avec la collaboration obligeante de mon ami, le docteur Debove. Il a été employé chez les oiseaux, dans le même but, par M. E. Robin qui signale cette propriété du bromure d'éthyle dans une note présentée à l'Académie des sciences, en 1854. Voici les particularités que nous avons pu noter sur les chiens :

L'animal ne semble pas avoir autant d'excitation qu'avec le chloroforme, mais ce point est difficile à juger d'une façon exacte, car l'animal se débat toujours au début de l'anesthésie.

Celle-ci est peut-être obtenue un peu moins rapidement que lorsqu'on emploie le chloroforme.

Elle est aussi complète et l'immobilité aussi totale, qu'on peut la désirer, pour faire une opération.

Pour citer des exemples : j'ai pu pratiquer, sur plusieurs chiens, des injections irritantes dans le canal déférent, ayant pour but de produire une épididymite. L'opération était répétée des deux côtés, sans que l'animal fît le moindre mouvement et sans qu'il fut attaché.

Chez un chien que nous avons opéré au Collège de France, dans le laboratoire de M. Brown-Séquard, nous avons pu introduire dans le canal dentaire inférieur une longue aiguille, dans laquelle nous avons fait passer, pendant dix minutes, un courant électrique capable de détruire le nerf dentaire par électrolyse. Pendant tout ce temps, le bromure d'éthyle fut administré sans que l'animal nous gênât par ses mouvements.

Un fait nous a surtout frappé, et il a son importance quand on le compare à ce qui se passe chez le chien chloroformé : l'emploi du bromure d'éthyle n'a pas l'inconvénient de demander une surveillance exacte, et peut être continué sans grand danger pour l'animal. On sait, au contraire, que le chloroforme tue rapidement les chiens après la période d'excitation, si on ne surveille pas attentivement la respiration. Si on ne cesse rapidement l'application au devant des voies respiratoires, on voit l'animal tomber subitement après quelques respirations saccadées, et souvent il est impossible de le ranimer. Tous ceux, qui ont anesthésié des chiens avec le chloroforme, connaissent cet inconvénient, qui semble ne pas arriver avec le bromure d'éthyle.

Mais voici une expérience qui montre cette différence d'une façon encore plus saisissante : deux cochons d'Inde, de même âge et de même taille, sont placés dans deux grands bocaux en verre d'égale dimension et bouchés incomplètement. On introduit dans les bocaux une éponge imbibée de la même quantité des deux liquides. Le cobaye, placé dans l'atmosphère de chloroforme, est pris rapidement de phénomènes d'excitation, puis, peu après, il tombe endormi, et rapidement il meurt si on ne le retire aussitôt du bocal. Celui qui respire dans le bocal contenant du bromure

d'éthylé, se comporte d'une façon absolument différente : il est pris, après quelques moments de séjour dans cette atmosphère, de tous les symptômes du sommeil, clignement des yeux, oscillations légères. Bientôt le sommeil s'accentue, et, sans secousse, ni aucun trouble notable, il s'affaisse et tombe définitivement endormi. On peut le laisser ainsi presque indéfiniment dans les vapeurs du bromure d'éthyle, pourvu qu'elles soient mélangées d'une certaine quantité d'air, et cela sans l'exposer à un danger de mort.

Ainsi on peut dire que, chez ces animaux, le début du sommeil artificiel, provoqué par le bromure d'éthyle, est différent de celui qui est dû à l'emploi du chloroforme. Les dangers de l'anesthésie sont aussi bien différents, et on pourrait presque dire, si on s'en tenait à cette série d'expériences, que ce danger est presque nul.

Un seul point mérite d'être signalé en finissant, car il a une assez grande importance : le bromure d'éthyle est assez volatil pour que l'air inspiré ou expiré par l'animal provoque sur l'éponge, qui sert à supporter le liquide, une couche de glace. Celle-ci refroidit le liquide pulvérisé qui se convertit également en glace; aussi il arrive bientôt un moment où il n'y a plus d'évaporation et où l'anesthésie ne peut se produire. Ce fait s'est présenté à notre observation dans le cours d'une expérience sur un chien, pendant une des matinées de l'hiver dernier, où la température extérieure était la plus basse. Il ne se reproduit pas, lorsque la pièce dans laquelle on opère est suffisamment chauffée.

Je signalerai également ce fait intéressant, que les chiens n'ont jamais eu de vomissements pendant ou après l'anesthésie. Le réveil semble différer aussi de celui qui succède à l'emploi du chloroforme. L'animal présente, à un haut degré, l'apparence de l'ivresse, mais avec tendance au mouvement et une marche titubante. Le retour à l'état normal semblait, dans nos expériences, être plus lent qu'après l'anesthésie avec le chloroforme, mais cette différence pouvait tenir à ce que l'administration du bromure avait été plus prolongée qu'avec celle du chloroforme. Je crois donc, en présence de ces résultats de l'expérience sur les animaux, qu'on peut être autorisé à essayer sur l'homme cet agent anesthésique, qui semble avoir sur le chloroforme certains avantages, et qui probablement présente moins de dangers, puisqu'il produit moins d'excitation.

Présentation de malade.

Blépharoplastie par la méthode italienne,

Par M. Berger.

M. Berger présente une malade à laquelle il a restauré la paupière inférieure au moyen d'un lambeau emprunté au bras. Il a été conduit à cette opération par le désir de conserver à la malade la vision de l'œil gauche, menacé par l'existence d'un double ectropion qui avait déjà déterminé la perte de l'œil droit ; et il a été guidé dans le choix de la méthode par l'impossibilité où il était de trouver, en un point quelconque de la face, les matériaux nécessaires à la réparation.

Voilà plus de 25 ans que la malade en question est atteinte d'un lupus de la face, lupus qui est aujourd'hui presque complètement guéri, mais en laissant des déformations exceptionnelles des téguments du visage. La peau du front, du nez, des tempes, des joues, des lèvres, du menton, était transformée en une sorte de tissu cicatriciel très vasculaire, tendu comme la peau d'un tambour. Cette rétraction était surtout marquée au nez et aux joues et avait eu pour conséquences : 1° une atrésie assez complète des narines et une diminution de la saillie du nez, qui ne fait plus sur la face qu'un relief presque inappréciable, 2° un double ectropion poussé à ses dernières limites. Des deux côtés, le bord ciliaire, dépourvu de ses cils, de la paupière inférieure dédoublée et étalée sur la joue, n'était guère distant que d'un travers de doigt de la lèvre supérieure fortement attirée en haut par la rétraction cicatricielle. Il y a dix ans, à la suite de poussées inflammatoires répétées, l'œil droit, qui depuis longtemps était le siège de douleurs intolérables, s'était perdu par le fait d'une kératite interstitielle vasculaire ; l'œil gauche depuis lors avait déjà souffert de plusieurs poussées de conjonctivite et même de kératite superficielle ; la photophie était absolue et la malade avait contracté l'habitude de garder constamment la tête penchée en avant, jusqu'au contact du menton avec le sternum.

Cédant aux sollicitations pressantes de la malade, M. Berger se résolut à une opération ayant pour but de conserver l'intégrité de l'œil gauche et de faire cesser les douleurs que déterminait son exposition constante à l'air. Il était impossible de restaurer la paupière inférieure et même de tenter la suture palpébrale, si l'on ne parvenait à placer entre la paupière et la lèvre supérieure un lambeau qui diminuât le champ de la rétraction cicatricielle. Or, il ne se trouvait dans les environs aucun point de peau saine qui pût être

employé à cet usage. M. Berger se décida à s'adresser à la méthode italienne.

La malade fut assoupie par une dose de chloral de 10 grammes, qu'elle prit en plusieurs fois dans les 12 heures qui précédèrent l'opération ; l'administration du chloroforme était rendue impossible, tant par le siège de l'opération que par l'existence d'une insuffisance mitrale avec asystolie commençante. La malade ne parut souffrir que peu et seulement dans la seconde moitié de l'opération, qui dura trois heures, et fut des plus laborieuses.

1er *Temps.* Une incision profonde fut faite sur toute l'étendue du sillon naso-jugal, de l'aile du nez jusqu'à l'apophyse orbitaire interne. On en fit partir une incision transversale qui divisa toute l'épaisseur de la peau et des tissus sous jacents à égale distance du bord libre de la lèvre et de la paupière qu'elle contournait, et que l'on prolongea jusqu'à l'arcade zygomatique en dehors. — Puis les parties situées au-dessus de cette incision furent libérées et détachées des parties sous jacentes par une dissection profonde jusqu'à ce que le bord libre de la paupière inférieure pût être sans traction amené au contact de la paupière supérieure. Ce temps de l'opération fut entravé par une hémorrhagie très notable.

2e *Temps.* Le bord libre des deux paupières fut avivé et la suture palpébrale fut faite au moyen de 5 points de suture métallique réunissant les 4/5 externes de la fente palpébrale.

3e *Temps.* Le bras gauche fut amené dans la position qu'il devait occuper, en avant du visage, l'avant-bras fléchi sur le côté opposé de la tête. On dessina sur la peau de la région antéro-interne du bras un lambeau à base tournée vers le coude, à sommet dirigé vers l'épaule, lambeau de la forme de la plaie vive qui séparait alors la paupière inférieure de la lèvre, mais dépassant celle-ci d'un bon centimètre en largeur et d'un tiers en longueur. Ce lambeau fut circonscrit et disséqué avec toute l'épaisseur du tissu cellulaire qui le doublait, et même vers le milieu un peu de l'aponévrose brachiale qui lui fut laissée adhérente.

4e *Temps.* Le lambeau fut retourné sa face cruentée vers le visage de la malade, sa pointe vers l'angle interne de l'œil ; il remplissait exactement et sans tiraillement toute l'étendue des deux tiers internes de la plaie du visage. On le fixa par 18 points de suture métallique entrecoupée en haut à la paupière, en bas à la lèvre, en dedans à la partie latérale du nez. La position du bras, placé en avant du visage, rendit très laborieux ce temps de l'opération.

5e *Temps.* Un appareil, prenant le dos, les épaules, les parties latérales de la poitrine, la nuque, la tête, le bras, le coude et l'a-

vant-bras de l'opérée, et les immobilisant d'une façon absolue, fut placé au moyen de tarlatane trempée dans du plâtre délayé dans de l'eau. Une compression très douce fut exercée sur la face cutanée du lambeau pour l'appliquer intimement contre le visage dans toute son étendue. Une cuirasse de bandelettes de diachylon fut appliquée sur la plaie du bras.

La patiente fut laissée 21 jours dans l'immobilité. Malgré les soins minutieux qui furent pris pour faciliter l'alimentation et diminuer la fétidité du pus qui imprégnait l'appareil, on ne peut que difficilement se figurer le courage dont cette malheureuse dut faire preuve pour supporter sa triste position. Dès le 8e jour, toute la partie de l'appareil plâtré qui correspondait au bras dut être enlevée; le bras fut fixé à la portion céphalique et dorsale de l'appareil par 15 à 20 bandelettes de diachylon que l'on renouvelait tous les jours et qui le fixaient en place aussi bien et mieux que n'eût pu le faire un appareil inamovible.

Le 22e jour, on enleva l'appareil qui avait déterminé quelques eschares peu profondes au niveau de l'épine de l'omoplate. Le lambeau était sensible, avait la même coloration que la peau du bras, et semblait fortement adhérent par sa circonférence et par sa face profonde. Le pédicule fut coupé d'un coup de ciseaux. Aussitôt le lambeau pâlit et sa sensibilité devint tout à fait nulle. Il resta deux jours entre la vie et la mort : le 3e, les parties les plus voisines de sa circonférence étaient légèrement rosées et peut-être sensibles ; le 8e jour, il n'y avait plus de doutes sur sa préservation définitive. La sensibilité revint tellement lentement qu'il est difficile de dire à quel moment elle put être sûrement constatée ; ce qui est certain, c'est que, de même que la vascularité, elle *revint de la circonférence au centre*. Elle est encore un peu obtuse en ce dernier point, aujourd'hui que 6 mois se sont écoulés depuis l'opération.

Voici l'état actuel de l'opérée : le lambeau brachial vit et constitue à lui seul toutes les parties molles de la joue; la lèvre est néanmoins encore un peu attirée en haut ; la paupière est manifestement attirée en bas, mais surtout en dehors, dans la direction où le lambeau n'a pu combler le vide créé par les incisions libératrices. L'adhésion des paupières est solide mais la cicatrice qui les unit est fortement tiraillée ; le quart interne de la fente palpébrale n'est pas réuni, la paupière en ce point laisse un vide de 5 à 6 millimètres carrés, au travers duquel se fait la vision. L'œil gauche est sain ; le côté droit du visage ne présente pas de modifications. Seulement une nouvelle poussée, légère il est vrai, de lupus s'est produite au menton et plusieurs points des anciennes cicatrices se sont très superficiellement exulcérés.

La question qui se pose est la suivante : Quand ce retour pathologique aura disparu sous l'influence du traitement local (cataplasmes de fécule, pulvérisations sur le visage, scarifications sur les points les plus malades), y aura-t-il lieu de compléter les résultats de la première opération en libérant le côté externe de la paupière inférieure qui se trouve actuellement surtout tiraillé, et en la maintenant en place grâce à un lambeau nouveau transplanté du bras ou de l'avant-bras au côté externe de la région orbitaire ? Devra-t-on tenter de recouvrir l'œil droit par la suture, ce qui semble devoir être impossible ; ou se résoudra-t-on à en pratiquer l'extirpation pour épargner à la patiente les douleurs continuelles qui résultent de l'exposition à l'air de cet organe du reste absolument inutile ?

Extirpation d'un polype naso-pharyngien par la méthode palatine. — Réparation de la voûte palatine par le procédé de Fergusson,

Par M. Cruveillier.

Observation. — X..., 17 ans, se présente à moi avec une décoloration des téguments qui s'explique par des hémorrhagies nasales répétées. L'appétit est conservé, ainsi que la force musculaire.

Nous ne notons rien de particulier dans les antécédents morbides, sauf l'apparition, à l'âge de 11 ans, d'une variole. Cette variole serait survenue pendant le cours d'une affection que le malade dénomme fièvre muqueuse.

Début de l'affection. — Vers la fin de 1876, le malade s'aperçoit d'une gêne dans les fosses nasales ; il se mouche souvent et observe que le nez reste toujours bouché. La narine droite s'oblitère complètement ; la gauche ne laisse bientôt plus passer le courant d'air de l'inspiration et de l'expiration. Des épistaxis sont survenus presque dès le début de l'affection. Le malade ne commence à y attacher de l'importance et à les signaler à son médecin que vers la fin de 1877, époque à laquelle un saignement de nez a duré plus de deux heures et s'est montré d'une grande intensité. Ces épistaxis survenaient surtout lorsque le malade se montrait ou se trouvait exposé à une grande chaleur.

Le malade n'accuse aucune douleur de tête, il signale seulement quelques lourdeurs accompagnées de rougeur de la face.

Je vois le malade le 2 février 1879.

J'arrête successivement mon examen sur les diverses régions de la face et du crâne.

Du côté des fosses nasales, une tumeur résistante remplit la narine droite ; l'air ne passe pas non plus par la narine gauche ; cette tumeur remplit toute l'arrière cavité des fosses nasales ; le doigt recourbé derrière le voile du palais permet de le reconnaître.

Du côté de la voûte palatine, le maxillaire supérieur, l'os palatin et le voile du palais sont déprimés par une tumeur élastique qui a

donné à la voûte palatine une forme convexe, surtout au niveau de la moitié droite.

Du côté de la joue on ne sent aucune déformation appréciable.

L'œil droit n'a subi aucun déplacement, mais il y a un léger épiphora de ce côté.

Le diagnostic de polype naso-pharyngien fut porté, et j'insistai sur le fait de la limitation de la tumeur aux fosses nasales proprement dites, sans que la paroi du sinus maxillaire et la paroi de l'orbite eussent été perforées.

L'opération fut faite le 6 février 1879. Je pratiquai l'ablation de la voûte palatine par la méthode dite de Nélaton, le voile du palais fut entièrement divisé sur la ligne médiane. Le polype, une fois mis à nu, fut enlevé par arrachement après une forte secousse imprimée aux pinces à griffe. Une hémorrhagie extrêmement abondante se produisit instantanément et le malade tomba en syncope. Un tamponnement fut exécuté rapidement et le sang cessa de couler.

Le polype était très volumineux et présentait deux lobes très distincts, l'un implanté sur l'apophyse basilaire, l'autre sur l'apophyse pterygoïde gauche que l'on sentait dénudée de son périoste. Quant à l'apophyse basilaire, elle présentait un enfoncement tel que je crus que toute l'épaisseur de l'os avait été usée par le polype, et que des accidents cérébraux pourraient se manifester.

Les suites de l'opération furent assez simples. Il y eut peu de fièvre et la faiblesse s'atténua progressivement. Le malade quitta le service le 18 mars, un mois et demi après l'opération.

Je le revis au bout de six mois, et je lui conseillai d'attendre à peu près pareil laps de temps avant que l'on tentât d'oblitérer la perte de substance du palais.

La fente, qui intéressait les os, affectait la voûte, palatine presque jusqu'au trou palatin antérieur; on distinguait très bien les cornets inférieurs.

Deux méthodes m'étaient offertes : d'une part, la méthode de Baizeau ou suture des lambeaux périostiques et muqueux précédemment détachés; d'autre part, la méthode de Fergusson, c'est-à-dire, formation de lambeaux osseux qu'il s'agirait de maintenir rapprochés. Ce dernier procédé nous a été fort bien exposé par M. Lannelongue dans ses communications à la Société de chirurgie.

Je me décidai à pratiquer le procédé de Fergusson, qui me parut applicable, bien que je n'eusse vu nulle part indiquée son adaptation à un cas analogue.

L'opération fut pratiquée le 20 janvier 1880.

A l'aide d'un ciseau et d'un maillet, je fis une rupture de la voûte palatine dans le sens antéro-postérieur et la fente osseuse, précédemment avivée, se trouva comblée. Quant au voile du palais, j'y plaçai cinq points de suture métallique avec l'aiguille en U de M. Trélat.

La suture osseuse tint bon, mais la presque totalité de ma suture staphylienne lâcha ; je l'attribuai à ce que le malade était sujet à des efforts d'expulsion avec crachottement, qui durèrent près de 24 heures.

Une des causes de l'insuccès de la suture fut aussi la présence de mucosités glaireuses qui descendaient de l'arrière-gorge et s'insinuaient entre les lèvres de la plaie ; le malade avait, en effet, conservé, depuis l'opération, une espèce d'angine granuleuse et la secrétion des mucosités était abondante.

Je résolus d'employer la réunion immédiate secondaire en profitant de l'état granuleux des surfaces précédemment avivées. Je m'aperçus, pendant le cours de l'opération, qu'il me faudrait libérer les lambeaux d'une façon assez large, et pour ne pas agir sur des tissus cicatriciels, je résolus de me servir de la luette pour boucher la perte de substance. Cette deuxième opération réussit à peu près complètement ; une seule perforation de la grosseur d'une paille persista.

Cette observation prête à quelques observations que je vais exposer brièvement.

1° Ce fait établit la supériorité de la méthode palatine, lorsqu'elle est applicable, puisque, ainsi que le fait remarquer le professeur Le Fort, indépendamment de l'absence de mutilation extérieure, elle a une portée plus haute que les autres méthodes en permettant de surveiller les points d'implantation de la tumeur et d'agir dans le cas si fréquent de repullulation;

2° J'insisterai sur la réussite du procédé de Fergusson, même dans un cas où la réunion des parties molles a manqué à la première tentative;

3° Je signalerai l'heureuse application de la réunion immédiate secondaire, vantée avec si juste raison par M. Verneuil, et sa réussite dans un cas où la réunion primitive avait manqué;

4° Je ferai remarquer que j'ai pu employer la luette pour boucher une partie de la perte de substance, que je n'aurais pu oblitérer, sans le secours de ce petit appendice qui m'a servi de lambeau additionnel.

Discussion.

M. Lannelongue. Le procédé ostéo-muqueux, que l'on peut appeler à bon droit le procédé de Fergusson, est excellent et a une indication précise dans quelques cas. C'est, je crois, la première fois qu'il a été mis en usage pour remédier à la perte de substance faite pour enlever un polype naso-pharyngien. Je l'ai employé neuf fois pour des pertes de substance d'origine syphilitique ou pour réparer des malformations congénitales. Dans les perforations syphilitiques, la muqueuse qui circonscrit ces perforations est extrêmement mince, et si on emploie le procédé de Baizeau ou de Langenbeck, on échoue, parce qu'on ne peut affronter que des bords trop peu épais. Au contraire, le procédé de Fergusson réussit dans ces cas. Dans les neuf opérations que j'ai faites, j'ai obtenu des succès.

Je dois signaler cependant un inconvénient de ce procédé: c'est une hémorrhagie abondante au moment où l'on incise la voûte palatine. Il faut alors suspendre l'opération, faire le tamponnement avec le doigt pendant 5 à 7 minutes, et ne continuer l'opération que lorsque l'écoulement du sang est arrêté.

Je crois que le procédé de Fergusson n'est pas employé assez souvent dans les cas de perforations syphilitiques ou congénitales. Je l'ai modifié en perforant la voûte palatine d'un côté seulement et en décollant la muqueuse de l'autre côté. J'ai obtenu ainsi deux succès.

M. Cruveillier répond que l'hémorrhagie a été forte pendant son opération, mais qu'elle n'a pas eu des proportions extraordinaires.

M. Anger. Bien que l'hémorrhagie soit fréquente pendant cette opération, je ne lui ai jamais vu prendre des proportions inquiétantes. Mais je dois dire que, l'année dernière, après une restauration de la voûte palatine, j'ai observé, une heure environ après l'opération, une hémorrhagie grave. J'ajouterai qu'il m'est arrivé aussi de ne sectionner la voûte palatine que d'un seul côté, et que cette section unilatérale a été suffisante.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
Polaillon.

Séance du 24 mars 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les *journaux périodiques de la semaine;*

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, la *Revue médicale de l'Est;*

3° *Une observation* de M. le Dr Cabadé, intitulée *Hernie etranglee inguinale.* — Commission : MM. Sée, Delens, Terrier;

4° Un travail de M. Facieu, de Gaillac, intitulé *Bec-de-lièvre compliqué, opération.* — Commission : MM. Nepveu, Gueniot, Lannelongue;

4° *Une observation de fracture du bassin*, par M. Decool. — Rapporteur : M. Berger.

Le secrétaire général donne lecture de l'observation suivante, au nom de M. DUBRUEIL, de Montpellier, membre titulaire :

J'ai l'honneur de présenter à la *Société de chirurgie* l'observation d'un cas de *contracture réflexe consécutive à un traumatisme articulaire*, lequel présente une très grande analogie avec un cas que j'ai signalé à la Société, en mai 1875.

Le sujet de ma dernière observation est un jeune garçon de 15 ans, ayant été atteint dans son enfance de manifestations scrofuleuses légères, mais n'ayant jamais souffert d'aucune affection du système nerveux.

Le 7 janvier de cette année, il vint à la consultation, à l'hôpital Saint-Éloi, et me raconta ce qui suit : Le jour de Noël, en faisant des glissades sur la glace, il était tombé sur la face palmaire de la main gauche. Cette chute avait déterminé une vive douleur à la main, qui s'était immédiatement placée dans l'extension forcée, et n'avait pu être ramenée dans la rectitude qu'à l'aide de tractions assez énergiques.

Pendant la soirée du même jour, il survient un gonflement assez considérable de l'avant-bras et de la main, sur la face palmaire de laquelle il se développa une ecchymose. Le malade pouvait remuer la main, mais ces mouvements étaient douloureux. Application d'eau blanche.

Le lendemain, le gonflement avait augmenté, les mouvements volontaires étaient impossibles. Le médecin du séminaire, où le malade est en pension, fit placer des sangsues sur la région postérieure de l'avant-bras, et prescrivit des applications de cataplasmes. Les jours suivants, le gonflement disparut au niveau de la main et de l'avant-bras, mais persista au poignet. Les mouvements volontaires de la main étaient toujours impossibles.

L'examen de la région malade me permit de constater qu'il existait encore un peu de gonflement autour de l'articulation radio-carpienne, au niveau de laquelle la pression était douloureuse. La main était fixée dans l'extension, sans que le malade pût lui imprimer aucun mouvement; les doigts aussi étaient étendus et immobiles.

Les mouvements communiqués étaient douloureux, et il fallait, pour les déterminer, déployer une certaine force. La sensibilité était intacte.

Je cherchai s'il n'y avait pas eu une fracture de l'extrémité inférieure du radius, et je n'en trouvai aucun symptôme. Je crus avoir purement affaire à une raideur consécutive à une entorse du poignet, et je recommandai d'imprimer à la main des mouvements communiqués et progressifs.

Je ne revis cet enfant que le 22 janvier. Ce jour-là il me dit que

son état, loin de s'améliorer, semblait empirer. Un nouvel examen me permit alors de constater quelques signes que je n'avais pas aperçus la première fois, et que mes souvenirs rapprochèrent de signes analogues que j'avais observés à Lariboisière, en 1869, sur un malade qui venait dans le service de M. le professeur Verneuil.

En outre de la position de la main, qui était étendue et immobile, on constatait l'état suivant des doigts : le médius était fortement étendu, sans déviation aucune ; l'index et l'annulaire, également étendus, étaient appliqués sur la face palmaire du médius, et inclinés l'un vers l'autre ; le petit doigt, placé aussi dans l'extension, reposait par sa face dorsale sur l'annulaire ; le pouce était accolé sur la face palmaire de l'index.

Le gonflement du poignet avait disparu. En palpant l'avant-bras, soit en avant, soit en arrière, on sentait que les muscles présentaient une dureté plus considérable que du côté sain.

Les sensibilités tactile et thermique étaient intactes.

En imprimant à la main des mouvements communiqués réitérés, je finis par assouplir l'articulation du poignet, de façon que le malade put exécuter quelques mouvements volontaires. Si j'écartais les doigts de la position qu'ils occupaient, ils y revenaient immédiatement.

Je conclus que la main était maintenue dans sa situation par la contracture des muscles de l'avant-bras, contracture qui prédominait du côté des extenseurs. Quant aux doigts, c'étaient manifestement leurs adducteurs, c'est-à-dire les interosseux palmaires, qui les fixaient dans la position où ils étaient placés.

Ce cas me parut, en raison du traumatisme initial qu'avait subi le poignet, devoir être rangé dans la catégorie de ceux que Duchenne a décrits sous la dénomination de contracture ascendante réflexe par traumatisme articulaire.

Grâce à l'obligeance de M. le professeur Verneuil, j'ai eu l'occasion d'observer deux malades atteints de ce genre de lésion : l'un à Lariboisière, l'autre à la Pitié, et, chez ces deux malades, je me suis bien trouvé du traitement suivant : application sur le membre contracturé du courant continu descendant ; application sur le rachis d'un vésicatoire placé sur le point d'où partent les nerfs qui se rendent au membre malade ; administration du bromure de potassium, qui diminue le pouvoir excito-moteur de la moelle.

C'est suivant ces règles que fut traité le jeune garçon qui fait le sujet de mon observation. Un vésicatoire fut appliqué sur la colonne vertébrale, au niveau de la partie inférieure de la région cervicale. Le malade prit du bromure de potassium en commençant par 50 centigrammes et poussant jusqu'à 2 grammes. Tous les jours j'appliquais le courant continu descendant de la façon

suivante : la main contracturée était plongée dans un bain d'eau salée dans lequel je plaçais aussi le pôle négatif de la pile, dont le pôle positif était promené sur le rachis au niveau de la région cervicale; en comprenant ainsi la moelle dans le circuit, on obtient un effet plus énergique. Je me servais de dix-huit ou de vingt éléments de la pile de Léclanché. Les séances duraient de deux à cinq minutes.

Le passage du courant produisait un relâchement immédiat des muscles contracturés, et le malade pouvait alors mouvoir sa main et ses doigts. Les premiers jours, la contracture se reproduisait dans l'intervalle des séances; elle se manifesta surtout plus intense un jour que la main du malade avait été exposée au froid.

Au bout de quelques séances d'électrisation, la contracture avait disparu, et la mobilité était parfaite.

La dernière application du courant continu a eu lieu le 12 février. Depuis cette époque, je n'ai pas revu le petit malade; mais je suis à peu près certain que, si les accidents s'étaient reproduits, il serait revenu me trouver.

Je noterai, en terminant, qu'au début du traitement j'avais fait prendre, comparativement, la température de la paume de la main du côté sain et du côté malade, le thermomètre étant maintenu appliqué sur la région palmaire par de la ouate, fixée par une bande. On avait trouvé 24°,8 du côté sain, et 20°,6 du côté malade. La température de l'air ambiant était en ce moment très basse.

A propos du procès-verbal.

M. Lucas-Championnière. En entendant la lecture du procès-verbal, j'ai été heureux de voir que M. Terrillon étudie la bromure d'éthyle, dont on s'occupe à l'étranger, comme agent anesthésique. Le bromure d'éthyle paraît avoir donné d'excellents résultats en Amérique. On le trouve plus agréable que l'éther et plus facile à administrer. On le fait respirer au patient en en versant une quantité considérable sur une serviette. M. Levis, en particulier, dit qu'il a eu beaucoup moins de vomissements avec le bromure d'éthyle qu'avec l'éther. Il a pu maintenir le sommeil pendant 33 minutes dans le cas d'une amputation de cuisse. Il admet que cet anesthésique donne un sommeil facile et dont le réveil est exempt de phénomènes pénibles que procure le chloroforme ou l'éther.

M. Périer a employé le bromure d'éthyle pour inciser un abcès et pour arracher un ongle, et il a été très satisfait de l'anesthésie produite.

Le bromure d'éthyle présente l'avantage de n'être pas inflam-

mable. En le pulvérisant sur la peau d'un cadavre, en même temps que le thermocautère était promené sur le tégument comme pour une cautérisation, l'inflammation des vapeurs projetées ne s'est pas produite.

M. Terrillon. Je suis très satisfait d'apprendre que le bromure d'éthyle a été employé chez l'homme pour produice l'anesthésie générale. Mais, dans ma communication, j'ai seulement voulu faire connaître que je l'avais employé comme anesthésique local. Quant à l'anesthésie générale, j'ai voulu faire d'abord des expériences sur les animaux, avant de me hasarder à employer le bromure d'éthyle chez l'homme.

J'ai signalé que le bromure d'éthyle n'était pas inflammable. Ce matin encore, je l'ai employé pour enlever d'énormes végétations vulvaires. J'ai pu faire cette opération sans douleur et sans produire cette sensation de cuisson qu'entraîne toujours la pulvérisation de l'éther sur des surfaces saignantes.

M. Trélat fait remarquer que, dans toutes ces observations, il est indispensable de distinguer l'anesthésie locale de l'anesthésie générale. L'une est bien différente de l'autre. La première n'agit que par la réfrigération des tissus ; la seconde agit par l'intermédiaire du système nerveux.

Rapport.

Par M. Guéniot, *sur un travail de M. Eustache (de Lille) intitulé :*

Amputation du col de l'utérus par le thermocautère,

Messieurs, le travail dont je viens vous rendre compte, nous a été adressé le 21 janvier dernier. Il se compose d'une *observation clinique* et de *réflexions* touchant le mode opératoire qu'il convient de préférer pour l'excision du col utérin.

Une dame de 31 ans, mariée depuis 5 ans et n'ayant jamais eu de grossesse, malgré son excellent état de santé, vint consulter M. Eustache au sujet de sa stérilité. Notre confrère reconnut bientôt qu'il s'agissait d'un *cas typique d'allongement non hypertrophique du col utérin.* En entr'ouvrant la vulve, on constatait en effet l'existence d'une petite tumeur arrondie, légèrement violacée, mesurant environ deux centimètres de diamètre, et percée d'une ouverture à travers laquelle s'échappait une goutte de mucus épais et filant. Cette saillie, qui correspondait à l'extrémité postérieure des petites lèvres, n'était autre que le museau de tanche. Le doigt pouvait aisément la contourner. Elle se continuait sans aucune ligne de démarcation avec un cylindre charnu et régulier, de dimension égale jusqu'au fond du vagin, à

9 centimètres de profondeur. En ce point, le cylindre en question, c'est-à-dire le col de l'utérus, se confondait avec le reste de l'organe, dont la situation restait normale.

A l'aide d'un speculum cylindrique très court, le col fut mis en évidence dans toute l'étendue de son relief vaginal : c'était « un véritable col en battant de cloche », proéminent d'au moins 8 centimètres dans le vagin. La sonde utérine, introduite, put pénétrer de 9 centimètres sans éprouver de résistance ; puis, après un temps d'arrêt, elle s'enfonça de 5 centimètres plus loin,— en tout, 14 centimètres.

Une telle malformation suffisait à expliquer la stérilité dont se plaignait la patiente, et l'excision de la portion exubérante parut si nettement indiquée qu'elle fût aussitôt proposée et acceptée.

L'opération, pratiquée le 20 août 1879, avec l'assistance de M. le Dr Redier, et à l'aide d'un thermocautère, offrit des difficultés inattendues, sur lesquelles l'auteur insiste tout particulièrement. A peine M. Eustache avait-il pu tracer, avec le couteau recourbé, un sillon transversal au point voulu du col, que le dégagement d'une fumée épaisse dans le speculum lui cacha complètement la vue des parties. Vainement l'aide fit jouer la soufflerie avec force, en même temps que l'opérateur appuyait plus vivement sur le couteau chauffé au rouge. Au bout de quelques minutes, la malade accusait une telle douleur de brûlure qu'il fallut interrompre l'opération et inonder le speculum d'eau froide. Cinq minutes plus tard, le couteau porté de nouveau au rouge sombre, la section put être continuée ; mais bientôt, les mêmes difficultés se reproduisant, on dut suspendre une seconde fois l'excision pour la reprendre ensuite et la suspendre encore. Il en fut ainsi jusqu'à sept reprises différentes; et la section, pour être complète, n'exigea pas moins de 40 minutes. La surface d'excision était, en outre, très irrégulière et comme déchiquetée.

Des lavages à l'eau phéniquée, une potion calmante et le repos au lit pendant trois jours suffirent pour prévenir tous les accidents. Les règles survinrent six jours après, en avance d'une semaine.

Depuis lors, la patiente n'est pas encore devenue enceinte ; mais les règles sont très faciles et ne sont plus accompagnées de douleurs comme autrefois. Le col utérin, situé à 7 ou 8 centimètres de profondeur, fait une saillie d'environ 1 centimètre dans le vagin ; son ouverture, à peu près centrale, permet la libre entrée du cathéter. Enfin, depuis l'amputation, l'utérus offre un certain degré de rétroversion et son col a de la tendance à se porter derrière la symphyse pubienne.

Tel est, en substance, le fait clinique dont nous devons la relation à M. Eustache. Ce fait assurément ne manque pas d'intérêt. L'existence d'un allongement aussi considérable du col, sans augmentation des diamètres transverses, mérite d'être spécialement consignée ici. On a vu que des troubles menstruels, qui résultaient de cette malformation, ont été heureusement supprimés par la résection de l'organe. Mais le mode opératoire employé pour cette résection a suscité de telles difficultés dans l'exécution, que

le chirurgien n'a pu qu'à très grande peine conduire l'opération à bonne fin. Aussi M. Eustache, tout en reconnaissant les avantages que peut offrir le thermocautère dans un grand nombre de cas, considère-t-il cet instrument comme absolument défectueux lorsqu'il s'agit d'amputer le col utérin. Les *réflexions* qui terminent son travail ont essentiellement pour objet de justifier cette manière de voir.

Pour ma part, j'adopte volontiers sur ce point l'opinion de l'auteur. Mais il m'est impossible de partager ses préférences pour le bistouri, fût-on parfaitement armé d'un cautère actuel, en vue de parer à l'hémorrhagie. J'estime qu'en pareil cas, l'anse galvanocaustique, l'écraseur linéaire ou le constricteur (serre-nœud), répondrait bien plus sûrement aux exigences d'une opération régulière.

En terminant, j'ai l'honneur de proposer à la Société : 1° d'adresser des remercîments à M. le Dr Eustache; 2° de déposer honorablement son travail dans nos Archives.

Discussion.

M. Trélat demande à M. le rapporteur d'ajouter l'anse galvanique aux moyens qu'il a indiqués pour faire l'amputation du col. L'emploi du thermocautère pour cette opération est des plus défectueux. Les amputations du col doivent être faites avec un instrument ligateur.

M. Després. Je suis de l'avis de M. Trélat. C'est faire de la mauvaise chirurgie que d'opérer dans le vagin et dans la bouche avec le thermocautère. Ces cavités sont bientôt pleines d'une fumée intense et l'on ne voit plus ce qu'on fait.

J'ai amputé deux fois le col de l'utérus atteint d'un allongement hypertrophique et je me suis servi de l'anse galvanique montée en écraseur et pas trop chaude. Dans ces cas, qui sont fort rares, le col a la forme d'un biseau, il n'est jamais en massue comme dans le cas observé par M. Eustache. Cette dernière forme s'observe dans les allongements intermittents qui ont été signalés par Huguier et qui sont dus à la congestion.

Pour bien se servir de l'anse galvanique, il faut placer la femme sur le côté, introduire un gros spéculum américain et placer la tige de l'instrument en avant du col. La section avec l'anse galvanique ne produit pas de fumée. Cet instrument est bien supérieur à l'écraseur, qui produit sur le col une contusion dangereuse, pouvant amener une inflammation inquiétante.

M. Lucas-Championnière. J'ai été étonné d'entendre M. Trélat

proscrire le thermocautère pour faire l'amputation du col. J'ai eu dernièrement l'occasion d'amputer un col utérin; je me suis servi non pas du couteau, mais des ciseaux du thermocautère; je n'ai pas eu de fumée et le résultat a été très bon.

M. Trélat. M. Desprès ne me paraît pas suffisamment renseigné sur la forme du col utérin dans l'hypertrophie. On trouve, dans les livres classiques, des dessins de cols hypertrophiés qui peuvent se rattacher à trois types: le col conique, le col en battant de cloche et le col aplati à son extrémité en forme d'assiette. Ces trois variétés sont plus ou moins communes les unes par rapport aux autres.

Je me suis beaucoup occupé de la galvanocaustie et j'ai une certaine expérience de cette méthode. En 1872, j'avais énoncé que l'avantage de l'anse galvanique était de réaliser un instrument, qui produit une constriction puissante et une cautérisation à une basse température. Il ne faut pas s'étonner qu'il n'y ait pas de fumée pendant l'action de l'anse galvanique, puisque la surface d'ustion est très faible.

Les ciseaux du thermocautère réalisent un bon instrument. Je m'en sers pour enlever des tumeurs sur des surfaces planes. Mais leur volume et leur inflexibilité ne leur permettent pas d'enlever un col de l'utérus avec la même précision que l'anse galvanique.

M. Sée. Je voudrais que l'on fût un peu moins sévère pour le thermocautère. Il m'est arrivé souvent de me servir avec avantage de cet instrument dans le vagin et dans la bouche. On se débarrasse très facilement de la fumée qui remplit le vagin, en dirigeant un courant d'air dans cette cavité. Quant à la cavité buccale, je crois que tout le monde se sert de cet instrument. Il est vrai que le thermocautère agit plus lentement que l'anse galvanique, et que, si l'on veut faire l'ablation d'un col volumineux, le premier de ces instruments ne convient pas. Mais je me refuse, dans ce cas, à employer l'écraseur, car la chaîne glisse et peut comprendre le péritoine, comme on en a cité un exemple à la Société. Le galvanocautère n'a pas cet inconvénient, et serait le meilleur instrument si l'on connaissait bien les suites de son action. Je crois qu'il expose les femmes à avoir un rétrécissement ou même une oblitération du conduit cervical de l'utérus. Si l'on veut se mettre en garde contre ces accidents, il faut se servir du bistouri. Avec le bistouri, on peut enlever un segment conique du col, de manière à conserver une grande partie de la muqueuse qui recouvre sa face externe. On suture ensuite cette muqueuse et on n'a pas de rétrécissement.

Paris. — Société anonyme d'Imprimerie. — PAUL DUPONT. Dr. 58, 4-80. *Le Gérant*, G. Masson.

M. Perrin. Je ne m'associe pas à la proscription du thermocautère pour les opérations dans la cavité buccale. Je l'ai employé avec succès pour des ablations partielles de la langue; et ce n'est qu'avec cet instrument, que l'on peut le mieux se mettre à l'abri des hémorrhagies.

M. Desprès répond qu'il n'a voulu parler que de la forme des cols atteints d'un allongement hypertrophique et non pas de la forme du col dans l'engorgement; qu'étant resté longtemps à Lourcine il a vu un grand nombre de cols utérins malades et qu'il n'a jamais vu la forme en battant de cloche figurée par M. Trélat.

Il affirme que jamais l'amputation du col par l'anse galvanique n'a produit l'oblitération du canal utérin.

Il persiste à condamner le thermocautère pour toutes les opérations sur le vagin et sur la bouche. Il cite que Dolbeau a fait une ablation de la langue avec le thermocautère, que le soir même le malade asphyxiait et que l'on dût faire la trachéotomie.

M. Le Dentu. Dans un cas où j'avais amputé le col avec des ciseaux courbes, j'ai eu une hémorrhagie sérieuse. Il a fallu tamponner le vagin et consécutivement la femme a eu une métrite inquiétante. Je ne suis donc pas disposé à recommencer cette opération avec l'instrument tranchant. L'anse galvanique me paraît le meilleur moyen pour cette opération. Je rappellerai à ce propos que M. Le Blond a imaginé un spéculum qui permet de porter un fil sur le col, ce qui peut faciliter l'opération. Pour amputer le col avec l'écraseur et pour placer convenablement la chaîne, j'ai fait faire des aiguilles que l'on implante sur le col en trois ou quatre points. Ces aiguilles sont pourvues, vers leur extrémité piquante, d'une espèce de talon. On glisse la chaîne de l'écraseur sur ces aiguilles, et le talon, dont elles sont pourvues, dirige naturellement la chaîne au-dessus de leur point d'implantation.

M. Guéniot. Les rétrécissements et surtout les oblitérations du col sont excessivement rares, quel que soit le procédé employé. Quand on observe une oblitération et qu'on en recherche la cause, on ne trouve jamais une amputation du col. Dans le cas de M. Eustache, le col avait conservé sa perméabilité.

M. Trélat. Il résulte, de cette discussion, que l'accord semble fait entre nous pour employer les procédés qui mettent le mieux à l'abri de l'hémorrhagie, quand on veut amputer le col de l'utérus.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Election.

La société vote par *oui* et par *non* sur l'honorariat demandé par M. Marjolin.

Sur 23 votants, M. Marjolin obtient 22 *oui.*

En conséquence, M. Marjolin est proclamé *membre honoraire.*

Communication.

Fracture par arrachement de la tête du péroné.

Par M. Duplay.

J'ai eu l'occasion d'observer récemment deux exemples d'une variété de fracture de l'extrémité supérieure du péroné, sur laquelle l'attention ne paraît pas avoir été jusqu'à ce jour attirée, et qui présente cependant une assez grande importance, en raison d'une complication grave dont elle semble devoir souvent s'accompagner.

Dans les deux cas, le mécanisme de la fracture a été à peu près le même. Il s'agit de deux hommes, l'un de quarante-huit ans, l'autre de soixante ans, qui ont été pris : le premier par l'arbre de couche d'une machine, le second par une courroie de transmission, et dont le corps, entraîné dans un mouvement rapide, est venu frapper plusieurs fois contre un mur voisin. Aussi portaient-ils, l'un et l'autre, des lésions multiples sur lesquelles il est inutile d'insister. Je m'arrêterai seulement sur la fracture de l'extrémité supérieure du péroné.

Au niveau de la tête de cet os, on constatait sous la peau une petite tumeur osseuse du volume d'une grosse noisette, très mobile latéralement, s'élevant dans la flexion de la jambe sur la cuisse, s'abaissant dans l'extension. Cette saillie osseuse se continue directement avec le tendon du biceps. Au-dessous d'elle, on voit et on sent une dépression profonde capable de loger le pouce.

En suivant de bas en haut le péroné, on arrive à cette dépression, au-dessus de laquelle il est impossible de retrouver la tête du péroné. Celle-ci a été évidemment arrachée, et est représentée par la saillie osseuse, adhérente au tendon du biceps, qui a été précédemment signalée.

L'articulation du genou jouit d'une mobilité latérale excessive ; on peut fortement plier la jambe en dedans, et l'on pourrait, en exagérant ce mouvement, produire une luxation en dedans, ce qui est dû évidemment au défaut du ligament latéral externe, dont

l'insertion inférieure a lieu sur la portion arrachée de la tête du péroné.

Chez ces deux blessés, le diagnostic n'offrait aucune difficulté, et chez le second, le mécanisme de l'arrachement était évident ; le malade expliquait très bien que, dans les mouvements de rotation qu'il avait subis, les jambes venaient heurter le plafond de telle sorte que le membre inférieur droit (où existe l'arrachement du péroné) frappait de dehors en dedans et tendait, par conséquent, a être violemment plié en dedans. Chez les deux blessés, des contusions nombreuses à la face externe du pied et de la jambe témoignaient également de la direction du traumatisme. On peut donc dire que, dans les flexions violentes du genou en dedans, l'extrémité supérieure du péroné peut être arrachée, comme l'est souvent la malléole externe dans les flexions exagérées du pied en dedans.

Je signalerai maintenant une particularité intéressante de cette variété de fracture du péroné. Quelques jours après l'accident, on remarqua, chez le premier de mes blessés, que les muscles de la région antérieure de la jambe et les péroniers latéraux étaien complètement paralysés et ne répondaient plus à l'excitation électrique. En même temps, je constatai l'existence de plaques anesthésiques et analgésiques sur la face dorsale du premier et du second orteil, sur la face dorsale du pied et au-dessus de la malléole externe. Cette paralysie du mouvement et du sentiment paraissait être en rapport avec une lésion du nerf musculo-cutané, branche du sciatique poplité externe, qui contourne précisément le col du péroné pour se porter à la région antérieure de la jambe.

J'ai pu m'assurer, chez le second blessé, qui mourut subitement, que le nerf musculo-cutané répondait, en effet, au foyer de la fracture et pouvait, par conséquent, être déchiré, contusionné, dans cette forme de traumatisme.

La pièce, que je mets sous vos yeux, permet, en outre, de s'assurer que la lésion consiste effectivement dans un arrachement de l'extrémité supérieure du péroné, à laquelle restent adhérents le tendon du biceps et le ligament latéral externe de l'articulation du genou. Le trait de la fracture passe au-dessus de l'articulation péronéo-tibiale supérieure, qui est cependant ouverte.

Quelles sont les conséquences de cette variété d'arrachement de l'extrémité supérieure du péroné? L'écartement considérable des fragments, dont le supérieur, entraîné en haut par le tendon du biceps, ne permet pas de supposer que la réunion osseuse puisse se faire; mais il est vraisemblable que le rétablissement des fonctions du membre serait assuré à la longue par la production de

liens fibreux. Je ne puis à ce sujet émettre que des suppositions. Chez le premier de mes malades, qui vit encore aujourd'hui, la consolidation osseuse ne s'est pas faite, mais on ne peut exactement chez lui faire la part de la gène qu'occasionne cet état, parce que les fonctions du membre inférieur se trouvent considérablement gênées par la persistance de la paralysie du nerf musculo-cutané. J'ai fait tous mes efforts, sans pouvoir y parvenir, pour retrouver ce malade; mais j'ai su par l'interne du service, M. Cottin, qu'il avait quitté l'hôpital dans un état très misérable, conservant une paralysie complète des muscles extenseurs du pied et des péroniers latéraux, et que, depuis plus d'un an que l'accident a eu lieu, cette paralysie ne s'était nullement amendée.

Cette complication de l'arrachement de la tête du péroné, qui paraît devoir être presque la règle, d'après le siège de la lésion, constituerait donc, ainsi que je le disais au début, un des points les plus intéressants de l'histoire de ce genre de traumatisme, et c'est surtout à ce point de vue que j'ai jugé utile de vous faire part de ces deux observations.

Discussion.

M. Perrin. J'ai eu l'occasion d'observer récemment un fait absolument identique à ceux de M. Duplay. Il s'agissait d'un cavalier dont la jambe a été prise entre le sol et le corps de son cheval qui s'était abattu. La tête du péroné a été arrachée. Il y a eu, en outre, un diastasis de l'articulation du genou et un peu d'épanchement intra-articulaire. Mais ce qui a surtout attiré mon attention, c'est la lésion du sciatique poplité externe, caractérisée par la paralysie de tous les organes où ce nerf va se distribuer. La chute avait eu lieu deux mois avant mon examen, et la paralysie était encore telle que le premier jour. Le diagnostic de la lésion avait été difficile au début, en raison d'un épanchement sanguin considérable qui masquait toute la région du genou.

M. Le Dentu, qui a vu un des malades cités par M. Duplay, dit que ce malade est sorti de l'hôpital au bout de cinq mois, et qu'à ce moment il pouvait à peine faire quelques pas avec des béquilles.

La séance est levée à 5 heures.

La Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 31 mars 1880.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques français et étrangers;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine;*

3° Un mémoire imprimé de M. Rizzolli, de Bologne, intitulé : *Histoire anatomo-pathologique et clinique de l'anus contre nature accidentel;*

4° *Manuel du brancardier régimentaire*, par le docteur Granjux, médecin major de 2e classe;

5° *Une note sur l'amputation du col de l'utérus par le thermocautère*, par le docteur Faucon, membre correspondant;

Lecture en sera donnée dans une des séances prochaines;

6° M. le baron H. Larrey fait hommage d'une vingtaine de portraits de chirurgiens français et étrangers, pour faire suite à la collection qu'il a déjà offerte à la *Société de chirurgie.*

M. le président annonce que MM. Azam, Boissarie, Cazin, Gross et Pamard, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. Terrillon. J'ai dit, dans la dernière séance, que je n'avais pas encore employé le bromure d'éthyle chez l'homme comme anesthésique général. Depuis lors, je l'ai employé chez une femme de 30 ans, que je devais opérer par la dilatation pour une fissure à l'anus. Cette femme était hystérique; aussi je n'ai pas été étonné de lui voir prendre une légère attaque au commencement de l'anesthésie. Mais bientôt le calme survint et, l'anesthésie étant complète, j'ai dilaté l'anus avec un spéculum introduit fermé dans le rectum et retiré ouvert. Immédiatement après l'opération, la patiente s'est réveillée facilement et rapidement, sans présenter cette hébétude, cette excitation et cet état pénible qui accompagnent le réveil du sommeil obtenu par le chloroforme. L'anesthésie avait duré sept minutes, et nous avions employé 12 grammes de bromure d'éthyle. La malade fut emportée dans son lit dans

un état tout à fait normal; mais, ayant bu un peu de tisane, elle a eu deux vomissements peu abondants.

M. Terrier. Dans la dernière séance, mon collègue et ami, M. S. Duplay, a cru devoir attirer votre attention sur une variété de fracture de l'extrémité supérieure du péroné, fracture due à un véritable arrachement de la tête de cet os. Cette fracture, récemment observée aussi par notre collègue, M. Maurice Perrin, semblerait s'accompagner d'accidents spéciaux, résultant fatalement de la lésion du nerf musculo-cutané, branche du sciatique poplité externe. On sait, en effet, que le nerf musculo-cutané contourne en quelque sorte l'extrémité supérieure du péroné à sa partie externe, et l'on conçoit facilement qu'une lésion traumatique grave, siégeant en ce point, donne lieu à une déchirure ou à une contusion simple du nerf, d'où l'apparition des accidents de parésie ou de paralysie de la motilité de certains groupes musculaires et la disparition de la sensibilité de certaines zones cutanées. Mais ces phénomènes peuvent être plus sérieux et ne plus se borner à des accidents en quelque sorte négatifs, c'est-à-dire à des paralysies de la motilité ou de la sensibilité ; le nerf lésé peut s'enflammer, et, dans le fait qu'il nous a été donné d'observer, aux phénomènes paralytiques, sont bientôt venus se joindre des contractures douloureuses, des troubles hyperesthésiques et des modifications nutritives d'origine trophique, dus manifestement à une *névrite traumatique du musculo-cutané.*

M. D..., 25 ans, étudiant en droit, tombe sur le côté en descendant des marches de pierre, et se fracture l'extrémité supérieure du péroné droit, le 10 février 1879.

Je fus appelé auprès du blessé la nuit même de l'accident, et je constatai un peu de renversement du pied en dehors, une douleur assez vive au niveau de l'extrémité inférieure de la malléole interne, enfin, à trois travers de doigt au-dessous de l'extrémité supérieure du péroné, une fracture nettement accusée, avec un peu de déplacement du fragment inférieur en dedans. Malgré des interrogations répétées, je ne pus exactement savoir du malade, ou de ses amis, dans quelles conditions s'était produit l'accident. Y avait-il eu diastasis tibio-tarsien et fracture indirecte du péroné, ou bien fracture directe? Je ne pus le déterminer de suite. Toutefois, le peu d'intensité ultérieure des accidents du côté de l'articulation tibio-tarsienne et la minime lésion de l'extrémité inférieure du tibia me firent penser qu'il s'agissait d'une fracture par action directe. Il ne pouvait être question de la variété observée par MM. S. Duplay et Maurice Perrin. D'ailleurs, il n'y avait pas le moindre écartement entre les deux fragments dans le sens de la longueur de l'os.

Dans le but d'immobiliser la jambe et de la maintenir, je mis une

bande roulée autour du membre, en la serrant à peine, et je disposai celui-ci dans une sorte de gouttière faite avec un oreiller. Le blessé, fort agité, prit un peu d'opium.

Le lendemain, j'appris que la nuit avait été très mauvaise, et que M. D... avait énormément souffert de son membre, surtout au niveau des orteils et du cou-de-pied; d'ailleurs, il existait un gonflement assez considérable de ces parties. Aussi m'empressai-je d'enlever la bande roulée mise dans la nuit, c'est-à-dire six heures auparavant, ce qui amena un certain soulagement, mais non la disparition de l'œdème du cou-de-pied et des orteils.

En présence de ces accidents assez sérieux, je ne pus appliquer une gouttière plâtrée, comme j'avais pensé le faire, et je mis le membre dans un appareil de Scultet, qui fut surveillé attentivement par mon confrère, M. le docteur Bertin Du Château, et par moi.

Dès les premiers jours, nous constatâmes une insensibilité absolue des téguments du dos du pied et des orteils dans tout le territoire du nerf musculo-cutané, insensibilité accompagnée d'une sensation de fourmillement assez vive sur les limites de la région anesthésiée. L'œdème du dos du pied persistait, les mouvements de l'articulation tibio-tarsienne étaient assez libres et à peine douloureux. Enfin, la douleur siégeant au niveau de l'extrémité de la malléole interne s'atténuait rapidement. Quant à la fracture du péroné, elle était à peine douloureuse; seulement on vit apparaître, à son niveau, un épanchement sanguin qui s'étendit en arrière dans les parties profondes du mollet, et, en dehors, suivant la gaîne des péroniers latéraux.

Des contractures douloureuses des péroniens latéraux et des muscles de la région antérieure de la jambe tourmentaient le malade, fort névropathe, et n'ayant que très peu de sommeil, malgré l'usage des narcotiques.

Au bout d'une huitaine de jours, M. D... se plaignit de vives douleurs, analogues à celles que produisent les brûlures, douleurs siégeant au niveau des parties anesthésiées, mais surtout à la face inférieure des orteils et, en particulier, du gros orteil. Les douleurs survenaient par crises, par accès, pour cesser pendant quelques heures et réapparaître plus vives. L'application de compresses froides soulageait un peu le malade, aussi dût-on en maintenir pendant longtemps sur les parties hyperesthésiées. Le moindre attouchement, la moindre pression, réveillait ses souffrances, et le blessé comparait le contact de la main ou d'un corps étranger à celui d'un fer rouge.

Nous utilisâmes surtout les injections de morphine pour combattre cet état, et c'était, d'ailleurs, le seul moyen qui pût rendre

un peu de tranquillité à notre malade. Celui-ci acceptait d'autant mieux cette manière de faire que les injections furent toujours pratiquées sur le dos du pied, c'est-à-dire dans une région absolument insensible aux piqûres.

En fait, tous les téguments innervés par le musculo-cutané étaient anesthésiés, tandis que les terminaisons des nerfs voisins et, en particulier, celles du nerf sciatique poplité interne (nerf plantaire), semblaient être devenues le siège d'une hyperesthésie excessive. Notons, toutefois, que même dans les parties répondant aux téguments anesthésiés, le malade se plaignait de vives douleurs, parfois lancinantes, le plus souvent comparables à une brulûre, à l'application d'un vésicatoire.

Cet état, fort pénible, se prolongea pendant plus d'un mois. L'œdème du pied, très accentué au niveau du cou-de-pied, finit par diminuer, et les crises douloureuses, d'abord presque incessantes, s'amendèrent et s'éloignèrent un peu l'une de l'autre.

L'appareil de Scultet enlevé au bout d'un mois, le membre malade fut laissé libre dans le lit. La fracture était tout à fait consolidée, et il était indiqué de faire électriser les muscles péroniers et extenseurs du pied, qui répondaient à peine à l'excitation électrique. De plus, des mouvements méthodiques furent communiqués à l'articulation tibio-tarsienne quelque peu raidie, le pied n'ayant pu être bien maintenu par suite des douleurs intolérables ressenties par le malade et de l'inondation d'eau fraîche, qu'il utilisait comme thérapeutique. Il y avait, en outre, une légère contracture des muscles de la région postérieure de la jambe, d'où une tendance à l'équinisme du côté du pied.

Sous l'influence de l'électrisation et du massage, les mouvements revinrent assez bien pour que le malade put se lever vers la fin de mars. Mais, à cette époque, les crises douloureuses se manifestaient encore, surtout la nuit, et l'œdème des téguments du pied existait toujours. Toutefois, la région anesthésiée, répondant au district cutané innervé par le musculo-cutané, se rétrécissait de plus en plus et d'une façon concentrique; les nerfs voisins semblant suppléer le nerf lésé. Mais en même temps apparurent des troubles trophiques cutanés, très accusés sur le dos du pied : l'épiderme se desquamait très facilement, d'où l'aspect lisse, luisant des parties; le tissu cellulaire sous-cutané était induré; de petits abcès se produisirent à la suite des injections de morphine, que ce malade se faisait d'ailleurs d'une façon exagérée. Nous n'avons pu noter de différence dans la pousse des ongles des orteils, pour les deux pieds, au moins pendant le temps que le blessé a été couché.

Au traitement précédemment indiqué (électrisation, massage) nous substituâmes les douches sulfureuses, les bains sulfureux

avec le massage. Cette thérapeutique permit à M. D... de marcher plus facilement, et rétablit à peu près complètement la mobilité de l'articulation tibio-tarsienne, mais les douleurs survenaient toujours par crises et nécessitaient des injections de morphine.

M. D... partit à la campagne en mai, et je ne le revis plus que vers la fin de l'année. Or, à ce moment encore, bien que marchant facilement, M. D... présentait de l'œdème dur du cou-de-pied, des troubles trophiques des téguments à ce niveau, et une insensibilité encore bien nette de cette région, mais d'ailleurs fort circonscrite.

Comme tous les névropathes, M. D... abuse des injections sous-cutanées ; toutefois, il nous assure que, lorsqu'il ne les fait pas, il est réveillé par des crises douloureuses, moins vives, mais analogues à celles qu'il ressentait jadis.

On peut, je crois, résumer cette observation en disant qu'à la suite de cette fracture de la partie supérieure du péroné, fracture probablement par choc direct, il y a eu contusion du nerf musculo-cutané, d'où les douleurs violentes qui suivirent l'accident dès le début et l'anesthésie du dos du pied. A ces phénomènes primitifs ne tardèrent pas à succéder des accidents secondaires, entièrement analogues à ceux que, depuis, Wier, Mittchell, ont décrit sous le nom de *causalgie*, accidents calmés par l'eau froide et les injections de morphine, mais ne paraissant ici que par crises.

La fracture, le diastasis articulaire occupèrent assez peu le blessé et le chirurgien ; tous les phénomènes morbides furent des douleurs, et c'est contre elles qu'on utilisa les moyens anesthésiques ordinaires. Ce n'est qu'à partir d'une certaine époque, d'ailleurs assez rapprochée de l'accident, qu'il se développa de la névrite du nerf lésé, d'où les phénomènes singuliers décrits ci-dessus, d'où aussi les troubles trophiques, qui persistent encore aujourd'hui, après plus d'une année.

Dans quelle proportion les fractures de l'extrémité supérieure du péroné donnent-elles naissance à des accidents du côté du nerf musculo-cutané? nous ne pouvons l'indiquer actuellement. Toutefois, nous croyons que les observations, analogues à celles de MM. S. Duplay, Maurice Perrin et à la nôtre, méritent d'être recueillies et doivent attirer l'attention des cliniciens.

M. Verneuil. Un Américain, qui voyageait en Suisse, se cassa les deux os de la jambe immédiatement au-dessous de la tubérosité du tibia. Comme il y avait une plaie, Rosé appliqua un appareil ouaté et par dessus des bandes silicatées. Le blessé n'éprouva aucune douleur. Au bout de la sixième semaine, on enleva l'appareil et on constata que le fragment supérieur formait avec le fragment inférieur un angle rentrant en avant. Le cal était assez volu-

mineux. On constata, en outre, une paralysie des muscles de la jambe. Comme la fracture ne paraissait pas consolidée et que le malade voulait venir à Paris, M. Rosé posa un appareil plâtré et me l'adressa. Lorsque j'examinai ce malade, je trouvai que la fracture était consolidée, mais qu'il y avait quelques mouvements de latéralité dans l'articulation du genou. Les muscles extenseurs du pied étaient paralysés. Il y avait, en même temps, analgésie de la peau de la face antérieure de la jambe et du dos du pied et quelques troubles trophiques de la peau. L'électricité, appliquée pendant fort longtemps, amena à la fin un retour de la contractilité des muscles. Mais en quittant Paris pour retourner en Amérique, le malade avait encore besoin de porter un appareil pour tenir son pied relevé.

Je ferai remarquer, en passant, que, malgré une immobilité de trois mois, le genou n'était pas ankylosé.

M. Le Dentu. Dans les observations qui ont été citées, il y a un peu de vague relativement au mécanisme et à la nature de la lésion nerveuse. S'agit-il d'une contusion, d'une déchirure ou d'une élongation du nerf? S'il y a déchirure, cette lésion peut emprunter quelque chose de particulier à la fracture; mais s'il y a élongation ou contusion, on peut comparer cette lésion avec ce qui se passe dans des traumatismes du genou autres que des fractures. J'observe actuellement un jeune homme qui a eu une luxation simultanée des deux genoux en avant. L'une de ces luxations a été réduite immédiatement et très facilement; l'autre a nécessité l'emploi du chloroforme et quelques manœuvres de refoulement. Trois jours après la réduction, le blessé s'est plaint de douleurs dans les pieds. J'ai constaté qu'il y avait sur le bord interne du pied une région insensible. Dans ce cas, la lésion du nerf était une élongation et non une déchirure. Consécutivement, il s'est développé une véritable névrite. Je me demande s'il y a une différence entre ce cas et ceux qui ont été signalés par MM. Duplay, Perrin et Terrier?

M. Terrier. Je suis embarrassé pour répondre à cette question, car c'est la première fois que je vois ce phénomène. Je ne crois pas qu'il y ait eu une élongation du nerf dans mon observation. Il y a eu une lésion directe du nerf, et je penche vers l'idée d'une contusion. Cette opinion me paraît d'autant plus rationnelle que, dès le début, on a constaté la lésion d'une branche nerveuse isolée. Mais, quel qu'en soit le mécanisme, cette lésion nerveuse, en rapport avec la fracture de l'extrémité supérieure du péroné, est un fait intéressant.

M. Périer. J'ai observé un malade qui a eu le bras et le coude serrés entre un mur et un wagon. Consécutivement à sa blessure, il a eu de l'œdème de la main et une douleur extrêmement vive dans cet organe. Plus tard, j'ai constaté une paralysie des parties où se distribue le nerf radial. Au moment de la contusion, ce nerf a vraisemblablement été écrasé dans le point où il contourne l'humérus.

Rapport.

M. Guéniot fait un rapport verbal sur un travail de M. le Dr Mourgue.

Ce travail comprend deux sujets distincts, dont le premier est ainsi conçu : « *Traitement de la métrorrhagie grave, avant, pendant et après l'accouchement, par l'emploi combiné : 1° de la compression prolongée de l'aorte abdominale ; 2° du tamponnement massif à trois ou quatre mouchoirs ; 3° du seigle ergoté à dose élevée, etc.* ».

Le second sujet, traité par l'auteur, est relatif à la *thérapeutique de l'érysipèle ambulant chez l'adulte et chez l'enfant à la mamelle.* M. Mourgue propose, comme moyen de faire avorter cet exanthème, trois agents spéciaux, savoir : « 1° la pierre infernale ; 2° le vésicatoire linéaire ; 3° le collodion élastique. »

M. le rapporteur, après avoir signalé les points admissibles de cette double communication, met en évidence les propositions contestables qu'elle renferme. Il demande, néanmoins, que des remerciements soient adressés à M. Mourgue et que son travail soit déposé dans les archives de la Société. — Adopté.

Communication

par M. Pamard.

Dans la séance du 16 avril dernier, j'ai communiqué à la Société deux observations de résection sous-périostées de l'extrémité inférieure du tibia. La seconde de ces observations était complète, et j'avais pu mettre la pièce sous vos yeux. J'ai été assez heureux pour retrouver l'observation du premier de mes deux malades et la portion enlevée au tibia.

Reynaud (Charles), 41 ans, homme de peine au Pont, a présenté la première atteinte à l'âge de 13 ans : il y a eu formation d'abcès. Il y a eu, depuis lors, trois autres atteintes, qui ont toutes

été suivies de la formation d'abcès. C'est mon père qui l'avait soigné, à ce que raconte le malade. Il n'y a plus eu d'accidents depuis 1855.

Il éprouve depuis deux mois et demi des douleurs intolérables dans l'extrémité inférieure de la jambe gauche. Quand il entre à l'hôpital, le 18 juin 1870, ces douleurs sont telles qu'il réclame l'amputation.

L'extrémité inférieure du tibia est augmentée de volume ; il y a sur la face interne du membre, un peu au-dessus du niveau de l'articulation, une fistule qui donne issue à une très petite quantité de pus mal lié.

L'opération a été faite le 9 mars 1870.

Je n'ai pas à revenir sur l'opération et ses suites, qui ont été très fidèlement rapportées dans l'observation que j'avais rédigée de mémoire ; mais je tiens à montrer la pièce, qui est, à mon avis, des plus intéressantes. C'est un exemple d'abcès osseux développé dans l'épiphyse d'un os ayant été autrefois malade, ce que prouvent et son volume exagéré et l'augmentation de sa densité. Vous pouvez voir quel petit volume avait cet abcès, qui mesure 3 centimètres et demi dans sa longueur et 1 centimètre et demi dans sa largeur ; sa paroi est à peu près partout lisse et polie et formée par une lame de tissu compacte ; il n'y avait pas d'esquilles dans l'intérieur ; sa cavité communique avec l'extérieur par un orifice arrondi, qui vient déboucher sur la face inférieure de l'os, immédiatement en avant de la surface articulaire.

J'ai pu regretter, au début, d'avoir enlevé le tibia sur une longueur de 14 centimètres et demi, alors qu'une longueur moins considérable aurait suffi ; j'avais été trompé par l'augmentation de volume de l'os et l'aspect bosselé qu'il présentait. Je ne l'ai pas regretté en voyant les résultats dans la suite. Cette observation prouve, en effet, de la façon la plus frappante, que, même chez un homme de 41 ans, le périoste suffit à reformer le tibia sur une longueur d'à peu près 15 centimètres. La régénération est plus longue, mais elle se fait.

Discussion.

M. Cruveilhier. L'observation de M. Pamard est très intéressante au point de vue de la reproduction osseuse chez un homme de 41 ans. Je désirerais savoir pourquoi il y a une couronne de trépan sur la pièce qui nous est présentée.

M. Pamard répond qu'il a, en effet, appliqué une couronne de trépan quelque temps avant de faire la résection ; mais qu'il n'a

pas perforé l'os assez profondément pour rencontrer l'abcès osseux. C'est alors qu'il s'est décidé pour la résection.

Présentation de malades.

M. Desprès présente un malade chez lequel une *fracture du coude intercondylienne avec luxation en arrière* a été traitée par l'écharpe simple, et qui, au 45e jour, jouit de tous les mouvements de l'articulation. L'observation de ce malade sera communiquée dans la séance prochaine.

M. Delens présente le malade dont il a lu l'observation dans la séance du 5 novembre de l'année dernière (*Bull. et mémoires*, t. V, p. 828). Il s'agit d'une ligature de la carotide primitive gauche, par la méthode de Brasdor, pour un anévrysme de l'origine de cette artère. L'anévrysme est guéri. La palpation ne fait sentir aucun battement. A l'auscultation, on n'entend qu'un retentissement exagéré des bruits du cœur. A la base du cou, du côté gauche, on observe une dilatation très marquée des veines de la région.

M. Cruveilhier demande quels sont les accidents que le malade a éprouvés après la ligature. Il rappelle avoir communiqué une observation dans laquelle la ligature de l'artère carotide primitive, faite pour combattre une hémorrhagie produite par une balle de revolver, n'a donné lieu à aucun accident du côté du cerveau.

M. Desprès. Les trois ligatures que j'ai eu l'occasion de faire pendant la guerre, pour combattre des hémorrhagies, ont été suivies d'accidents cérébraux. Lorsque, au contraire, la ligature est faite pour un anévrysme ou une tumeur, comme dans le cas de M. Delens, les accidents cérébraux sont très rares, ce qui semble démontrer que les accidents ne surviennent que lorsqu'il y a une modification brusque dans la circulation cérébrale.

M. Delens répond qu'immédiatement après la ligature il n'y a eu, chez son malade, ni paralysie, ni changement dans le diamètre de la pupille correspondante.

M. Cruveilhier. Dans son article du *Dictionnaire encyclopédique*, M. Le Fort signale comme un fâcheux symptôme de ne pas avoir d'accidents cérébraux après la ligature de la carotide primitive, parce que cela indique que la circulation n'est pas interrompue et que l'hémorrhagie n'est pas arrêtée définitivement. Chez mon opéré, il n'y a pas eu d'accidents cérébraux, et, en effet, deux jours après il a eu une nouvelle hémorrhagie formidable.

M. Desprès. En 1871, M. Raynaud a présenté une observation dans laquelle il n'y a pas eu d'accidents cérébraux après une ligature faite pour une hémorrhagie; mais il s'est bientôt produit une hémorrhagie par le bout supérieur et le malade a succombé. Si ce malade n'a pas eu des accidents cérébraux, c'est parce que la circulation s'est rétablie très vite; c'est aussi pour cette raison qu'une hémorrhagie s'est faite par le bout supérieur.

La séance est levée à 5 heures.

Le secrétaire,
Polaillon.

Séance du 7 avril 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires français et étrangers;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — La *Revue médicale de Toulouse*. — Le *Montpellier médical*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Bulletin médical du Nord*. — Le *Journal des sciences de Lille*. — Le *Bulletin médical d'Angers*. — Le *Lyon médical*. — La *Gazette médicale de Strasbourg;*

3° Un mémoire de M. Bergeon, de Moulins (Allier), intitulé : *Procédé opératoire du Bec-de-Lièvre dit de la Planchette*. — Commission : MM. Sée, Duplay, Nepveu ;

4° Un mémoire de M. Cauvy, de Béziers, intitulé : *De la cystite au début de la grossesse*. — Commission : MM. Houel, Nicaise, Terrillon;

5° Un mémoire de M. Facieu, de Gaillac, intitulé : *Hyperesthésie papillaire de l'urèthre chez la femme*.—Commission : MM. Houel, Nicaise, Terrillon ;

6° Deux exemplaires pour le prix Duval de la thèse de M. Chevallereau, intitulé : *Recherches sur les paralysies oculaires consécutives à des traumatismes cérébraux;*

7° Note *Sur le siège du souffle propre de la gestation, entendu dans une grossesse abdominale*, par le professeur Rizzoli, traduit par le Dr Van Den Bosh, de Liège.

A propos du procès-verbal.

M. Berger. Depuis la dernière séance, j'ai eu l'occasion d'assister, avec M. Terrier, à une anesthésie par le bromure d'éthyle. Les résultats de l'anesthésie n'ont pas été très favorables. A peine le patient eut-il absorbé une petite quantité de bromure d'éthyle, qu'il devint rouge, puis ses téguments prirent une teinte violette, asphyxique ; ses pupilles se dilatèrent et son pouls devint faible, ondulant. En même temps, le sang qui s'écoulait de la plaie opératoire, était noir comme dans l'asphyxie. L'anesthésie n'était cependant pas absolument complète. L'opération dura à peine quelques minutes. Le retour de la sensibilité et de l'intelligence fut très prompt; mais le sommeil obtenu par le bromure d'éthyle avait présenté quelques phénomènes inquiétants.

M. Després. Le malade que j'ai présenté à la fin de la dernière séance, et chez lequel j'avais traité une fracture du coude à trois fragments et avec luxation, est un de ces malades sur lesquels il est bon d'attirer l'attention.

Voici le fait : le nommé C... Pierre, âgé de 66 ans, pensionnaire à l'hôpital de Larochefoucauld, est tombé, le 15 février, le coude gauche sous lui. Il ne sait comment le membre a porté sur le sol, et cela n'est pas singulier ; quand un malade tombe, sa présence d'esprit est rarement assez conservée pour qu'il puisse détailler les circonstances précises de son accident.

Le 16 février, à la visite, j'ai constaté une luxation du coude en arrière avec un gonflement modéré et une ecchymose entourant tout le coude. En palpant la région, j'ai trouvé une crépitation des plus évidente et j'ai constaté de la mobilité en pressant sur les deux condyles de l'humérus et en pressant la partie inférieure du bras au-dessus du coude. Il y avait une fracture comminutive ou au moins une fracture à plusieurs fragments. L'épicondyle faisait une saillie très appréciable sous la peau, qu'il menaçait de perforer. L'olécrane était saillante en arrière et il y avait des signes évidents de luxation. Le malade laissait pendre son bras et, la flexion spontanée étant impossible, c'est dans cette position que nous avons fait l'examen.

Malgré des douleurs un peu vives je fléchis le bras à angle droit, j'appliquai une simple écharpe et je prescrivis l'application de cataplasmes en permanence sur le coude. Le malade se levait tous les jours de midi à 6 heures.

Je traitai, on le voit, cette fracture sans appareil.

Pour abréger, je dirai que pendant les vingt premiers jours le malade éprouvait des douleurs, mais le gonflement cessa dès le

4e jour. Tous les quatre ou cinq jours j'examinai le coude et la crépitation put être perçue par une simple pression sur l'épicondyle et la trochlée.

Le 20e jour le malade fit de lui-même quelques mouvements. Les cataplasmes ont été supprimés.

Le 30e jour la consolidation paraissait complète et on sentait un cal exubérant au niveau de l'épirochlée.

Le 35e jour j'examinai l'étendue des mouvements et je constatai que la flexion et l'extension se faisaient sans gêne et sans douleur, mais les mouvements étaient limités. Il n'y avait aucune raideur articulaire; la pronation et la supination s'exécutaient librement; la supination forcée seule était limitée.

Du 35e au 44e jour, les mouvements ont gagné en étendue, et lorsque le malade a été présenté, mercredi dernier, il faisait des mouvements de flexion et d'extension suivant un arc de 45 degrés, un peu moins de moitié de ce que fait normalement l'avant-bras.

Le malade, satisfait de son état et sachant que les mouvements gagnaient de l'étendue de jour en jour, est parti de l'hôpital 49 jours après son accident et se servant de son bras. L'extension avait encore gagné; seule, la flexion était limitée; le malade ne pouvait encore faire son nœud de cravate.

Par ce que j'ai vu jusqu'ici dans les fractures de ce genre traitées par les appareils, je déclare qu'aucun résultat semblable n'a été obtenu. Il y a toujours de la raideur articulaire, et il n'y a de mouvements que ceux qui sont provoqués par le chirurgien, et il arrive parfois que l'on trouve en enlevant un appareil une ankylose irrémédiable.

M. Sée. Je ne voudrais pas que l'on prît d'une façon absolue ce que vient de dire M. Desprès à propos de l'absence d'appareil dans les fractures du coude. Il m'est arrivé de voir un enfant, qui avait été traité d'après ces principes, et auquel on n'avait appliqué que des cataplasmes; cet enfant avait une ankylose et une déformation très considérable du coude. Il y a dans ces fractures un écartement latéral des deux moitiés de la poulie articulaire de l'humérus. Or, si cet écartement est étendu, le bec de l'olécrane s'introduit entre les fragments et y reste fixé. Le petit blessé sera forcément estropié, si les choses restent dans cet état. Il est donc bon de chercher à rapprocher les fragments de l'humérus, de replacer l'olécrane dans sa cavité et de maintenir la réduction par un appareil.

M. Desprès. Malgaigne rapporte, dans son *Traité des Fractures* (p. 559), qu'un enfant porteur depuis près de deux mois d'une fracture du condyle externe non consolidée fut guéri par les cataplasmes : « Les mouvements, dit cet auteur, étaient fort gênés, le

coude était encore douloureux; nous pensâmes que l'articulation ne recouvrerait jamais sa mobilité tout entière. Cependant, à l'aide de cataplasmes, pour enlever la douleur, et d'exercices suivis avec soin, les mouvements s'agrandirent peu à peu; et quand je revis l'enfant, près de deux ans après, la flexion, la pronation et la supination étaient complètes; l'extension avait à peine perdu quelques degrés, et tout faisait espérer qu'elle les regagnerait. »

M. Sée me reproche de n'employer que les cataplasmes; mais j'y ajoute la position du bras dans la flexion et l'application d'une écharpe. Or, la flexion de l'avant-bras suffit, à elle seule, pour remettre les fragments en place. Considérez, en outre, que les muscles étant relâchés par l'attitude demi-fléchie de l'avant-bras, leurs contractions ne tendent plus à déplacer les fragments. Je suis d'avis que, quand on place des attelles autour de ces fractures et que l'on serre ces attelles contre le membre avec des bandes, on produit des déplacements qui n'existaient pas.

M. Verneuil. Sans vouloir rentrer pour le moment dans la discussion générale sur la mobilisation des articulations, je ferai cependant une réponse partielle à M. Desprès.

Lorsqu'on parcourt l'histoire de la chirurgie, on voit que, de temps en temps, un très petit nombre de chirurgiens recommandent de traiter les fractures sans appareil. Heureusement pour les malades, ces tentatives ne durent pas. Pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, par exemple, quelques chirurgiens ne veulent ni réduction ni appareil. Robert essayait la simple position de l'avant-bras sur un coussin, de manière à ce que le poignet fût fléchi et à ce que la main pendît en dehors. Pour les fractures de la clavicule, Robert maintenait son malade dans le décubitus dorsal et lui imposait ainsi une position des plus pénibles. Nous avons entendu ici quelques-uns de nos collègues dire qu'il fallait supprimer l'immobilité dans la fracture du radius au bout de huit jours. Mais, quand on agit ainsi, on voit les malades revenir bientôt avec des douleurs et une déformation du poignet. Si alors, vers le quinzième ou le vingtième jour, nous plaçons un appareil, toutes les douleurs disparaissent.

Les fractures du coude, en particulier, doivent être traitées par des appareils inamovibles. M. Marjolin a déjà protesté contre l'opinion qu'on lui prêtait de traiter ces fractures sans appareil. Giraldès ne les immobilisait pas; mais Giraldès, qui était un érudit de premier ordre, n'a jamais passé pour un praticien qui pût faire autorité, et il n'avait pas raison d'agir ainsi. Il faut immobiliser les fractures du coude, parce que, sans immobilisation, on s'expose à avoir des arthrites et des tumeurs blanches. J'observe justement,

dans ce moment, un jeune homme qui a été traité d'une fracture du coude par l'indifférence, c'est-à-dire, avec une écharpe. Après un mois, il souffrait beaucoup et ne pouvait faire le moindre mouvement. J'appliquai un appareil inamovible pendant un mois; il ne souffrit plus et, au bout de ce temps, il avait recouvré des mouvements déjà assez étendus. Un second appareil fut appliqué, et quand je l'enlevai, tous les mouvements étaient revenus. — Une femme qui avait une fracture des deux os de l'avant-bras et une luxation du coude, que j'eus beaucoup de peine à réduire, malgré le sommeil anesthésique, eut son membre immobilisé dans l'extension par un appareil inamovible. Au bout de quinze jours, il n'y avait pas de douleurs et les mouvements commençaient à revenir; quinze jours plus tard, la malade avait recouvré tous ses mouvements. — Au début de ma carrière, je fus appelé auprès d'un enfant qui s'était fracturé le coude dans une chute. Un médecin, consulté avant moi, n'avait pas reconnu la fracture et avait conseillé des cataplasmes en disant qu'il ne s'agissait que d'une contusion. Tel n'était pas mon avis : je dis aux parents qu'il s'agissait d'une lésion grave et qu'il y aurait probablement une ankylose. Je plaçai le membre à angle droit dans un appareil inamovible. Après deux mois, l'enfant avait si bien récupéré tous ses mouvements que ce fut le médecin qui, aux yeux de la famille, parut avoir eu raison contre moi.

Quant à la meilleure position à donner au coude pendant l'immobilisation, on peut discuter sur ce point, les uns préférant la demi-flexion, les autres l'extension. Quoi qu'il en soit, je pense que l'écharpe est un moyen insuffisant et infidèle, et qu'il faut traiter les fractures du coude par l'immobilité et les appareils. C'est un grand paradoxe que de dire que les appareils sont nuisibles dans le traitement des fractures.

M. Lannelongue. On observe à l'hôpital de Sainte-Eugénie environ 30 fractures du coude par an. Parmi ces fractures, la variété en T, dans laquelle il y a un trait horizontal sur lequel vient se rendre un trait vertical pénétrant dans l'articulation, est fréquente. Or, quand on suit ces malades un certain temps, on est frappé des mauvais résultats que donne le traitement par le simple bandage triangulaire. J'ai pendant dix-huit mois suivi cette pratique, d'après le conseil de Giraldès, et je m'en repens, car agir ainsi, c'est courir à coup sûr à un résultat déplorable. Il faut réduire ces fractures, et la réduction est souvent difficile et exige une certaine force. Mais il faut surtout maintenir la réduction, et on n'y arrive pas par la simple écharpe que M. Desprès préconise.

Consécutivement à ces fractures, voici ce qu'on observe : il se forme un cal énorme, en raison du siège de la fracture à l'extrémité

d'un os qui est en voie de développement, et en raison de l'excitation que le travail d'ossification va recevoir par le fait de la fracture et souvent aussi par le fait d'une mauvaise réduction. Je crois que la diminution consécutive dans l'étendue des mouvements est beaucoup moins due à une arthrite qu'à la production de ce gros cal. Il y a plus, si après deux mois on fait exécuter intempestivement au coude des mouvements artificiels, on excite encore l'ossification et on augmente la difformité du cal. Voilà pourquoi j'ai adopté dans ma pratique de réduire les fractures du coude, et de maintenir la réduction en immobilisant le membre dans la position fléchie avec une gouttière plâtrée largement ouverte, afin que, selon la marche de la consolidation, je puisse repousser un fragment à l'aide d'un coussin ou d'une attelle. Je laisse très longtemps l'appareil en place, pendant un mois et demi ou deux mois. Quand l'appareil est enlevé, on observe que l'enfant peut faire quelques mouvements. Je laisse alors les petits malades à eux-mêmes, et peu à peu les mouvements du coude deviennent de plus en plus étendus. Il y a toujours, dans ces cas, une atrophie musculaire plus ou moins considérable que je combats par l'électricité. Malgré ces précautions, on n'obtient pas toujours des résultats bien favorables et, en particulier, l'extension reste souvent incomplète.

M. Després. J'ai fait un traitement diamétralement opposé à celui de M. Verneuil dans deux cas de fracture du coude et dans trois cas de fracture de l'olécrâne. Au bout d'un mois, mes malades avaient la liberté absolue de leurs mouvements. Voyez le malade que j'ai présenté : il ne s'agit pas d'un cas facile, puisque c'était un vieillard, et cependant, au 40e jour, il exécute avec son coude des mouvements étendus. N'est-il pas arrivé à M. Verneuil de voir des ankyloses après une fracture du coude immobilisée dans un appareil pendant longtemps?

M. Verneuil répond qu'il a vu des cas dans lesquels les appareils n'ont pu prévenir l'ankylose. Mais ce qu'il a vu fréquemment, ce sont de petits malades avec des fractures du coude, méconnues et non traitées, qui avaient une ankylose, une déformation considérable et qui étaient absolument estropiés. Quant au malade présenté par M. Després, il n'est pas guéri; les mouvements dont il jouit sont très limités.

M. Després trouve que M. Lannelongue a forcé la note dans sa manière d'envisager les fractures du coude chez les enfants. On dit : il vous vient de la province et de la ville des enfants traités d'une fracture du coude sans appareils, et ces enfants sont estropiés. Eh bien! je dis que, dans ces cas, on a cru à une luxation

alors qu'il s'agissait d'une fracture, que l'on a tiré pour réduire cette prétendue luxation et que l'on a produit des désordres déplorables. Les chirurgiens qui connaissaient le mieux la chirurgie des enfants, Giraldès et Marjolin, savaient très bien qu'il faut laisser tranquilles les enfants qui ont une fracture du coude. Ils ne faisaient pas la réduction. Il peut sans doute survenir de l'arthrite, si les petits malades ne sont pas surveillés et s'ils tombent sur le coude; mais je n'en ai pas observé. Quant à ce cal exubérant, il existe dans toutes les fractures. Mon malade a aussi un gros cal; mais il est indiqué dans tous les ouvrages que ce cal diminue et se résorbe. Chez les enfants, comme chez les adultes, le cal s'atrophie plus tard. Je crains que M. Lannelongue n'ait vu les fractures du coude sous un jour un peu trop dramatique.

M. Lannelongue. Je répondrai, au nom de la vérité et de l'observation, que les fractures du coude chez les enfants sont des lésions graves et difficiles à guérir. Dire que l'on conservera tous les mouvements après une fracture intra-articulaire du coude, c'est prendre une grande responsabilité. J'en ai vu qui avaient été traitées par M. Desprès, et les résultats obtenus étaient bien peu satisfaisants. C'est une erreur de croire, comme le dit M. Desprès, qu'on guérit ces fractures dans l'espace de trente jours. Je ne soutiens pas plus un traitement qu'un autre; je cherche le meilleur. Avec la pratique de Giraldès, j'ai eu de plus mauvais résultats qu'avec la pratique que j'ai exposée. Quant à l'exubérance extraordinaire du cal, je persiste à dire qu'elle dépend de l'ostéogénie, et qu'elle est particulière à l'enfance.

Communication.

Sur un cas de luxation congénitale de la rotule,

par M. Lannelongue.

Un certain nombre d'observations de luxations congénitales de la rotule ont été publiées par Palletta, Chélius, Wutzer, Michaelis, et Malgaigne consacre à la discussion de ces faits une étude critique importante. Mais il ressort de cette étude que quelques-uns de ces faits se résument en une assertion pure, et que les autres ont laissé de véritables doutes sur l'existence de la luxation à la naissance dans l'esprit de l'éminent auteur français du *Traité des fractures et des luxations.* Ces doutes provenaient de ce qu'on ne s'était pas rigoureusement assuré de la luxation à la naissance; partant, rien n'indiquait qu'elle ne se fût pas produite plus tard,

dans les premières années de la vie, les sujets observés étant tous arrivés à un certain âge.

Le cas, dont je relate l'histoire, est un enfant de 7 ans, chez lequel on s'est aperçu de la déformation du genou le lendemain de la naissance. La mère en fut avertie dès le second jour. Elle remarqua très positivement que le genou était notablement plus aplati que l'autre, et elle en était assez préoccupée vers l'époque où l'enfant se mit à marcher. A cette époque, en effet, le membre était un peu plus grêle que l'autre, et ce moindre volume, appréciable à l'œil, existait aussi depuis la naissance.

Les premiers pas de l'enfant, ou plutôt la période pendant laquelle cet enfant fut exercé à marcher, fut assez longue ; il eut un apprentissage de beaucoup plus longue durée que les autres enfants ; la marche était difficile, et la mère en était désespérée. Mais, au bout de quelques mois, la marche se faisait facilement, et elle est restée depuis ce qu'elle était alors, c'est-à-dire, un peu gênée et un peu différente de ce qu'elle doit être, mais non difficile.

Il est à remarquer que cet enfant n'a eu, depuis sa naissance, aucune complication dans le genou de l'ordre de celles qui ont été signalées dans quelques observations. L'hydarthrose a été, en effet, indiquée deux fois par Michaelis, et on conçoit qu'un genou, qui n'est plus protégé en avant par sa rotule, soit plus exposé à cette complication. L'enfant, dont je rapporte l'observation, n'a pas encore éprouvé cette complication.

Mais il existe un développement moindre de tout le membre. Comparée à celle de l'autre membre, chaque section, cuisse, jambe, pied présente une différence appréciable à l'œil et à la mensuration. Les parties molles, celles de la cuisse surtout, sont plus flasques, beaucoup moins volumineuses, et l'on pourrait se demander si cette atrophie est une cause ou un effet de la luxation. En acceptant la première de ces hypothèses, on trouverait, pour expliquer le mécanisme de cette luxation, une insuffisance musculaire, probablement d'ordre paralytique, et plus ou moins comparable à celle que M. Verneuil a décrite comme cause des luxations congénitales de la hanche. Il est d'ailleurs juste d'invoquer, en faveur de cette théorie, l'absence de toute autre lésion dans la jointure atteinte de luxation rotulienne. On ne remarque dans le membre qu'une atrophie des muscles et un squelette également moins développé. La rotule luxée est elle-même plus petite; elle a environ un centimètre de moins dans ses deux diamètres, vertical et transverse.

Voici, d'ailleurs, l'observation en détail :

Observation. — Viéville (Léon), âgé de 7 ans, entre à l'hôpital de Sainte-Eugénie le 14 mars 1880, n° 36, salle Napoléon.

Sa mère a déjà eu plusieurs enfants qui ne présentent aucun vice de conformation, et ni elle, ni son mari, ni les parents de l'un ou de l'autre côté n'offrent de vice de conformation congénital. Elle nous raconte elle-même avec soin, et en insistant, tous les renseignements que nous voulons avoir ; et elle résiste aux paroles de doute que nous lui adressons. Elle nous dit que, le lendemain de la naissance de l'enfant, elle fut avertie par la sage-femme que les deux membres inférieurs n'étaient pas pareils l'un à l'autre. Le genou du côté droit lui parut alors, à elle et à tous ceux qui l'entouraient, plus aplati en avant et plus saillant en dedans. L'enfant le pliait parfaitement. Elle le montra à un médecin, qui constata la même déformation, sans toutefois se prononcer sur sa nature. En même temps, il trouva que tout le membre inférieur était un peu moins développé que l'autre. Pendant plusieurs mois, l'attention éveillée sur cet état ne fit rien constater de nouveau. Les parents de l'enfant en étaient d'autant moins préoccupés que l'enfant remuait son membre comme l'autre.

A un an, on lui fit faire ses premiers pas. Il y eût de réelles difficultés à le faire marcher, et pendant deux ou trois mois, l'enfant montrait les plus grandes hésitations à s'aventurer seul ; il fallait le surveiller constamment pour l'empêcher de tomber. Peu à peu, il surmonta ces difficultés et finalement, depuis lors, il est devenu comme les autres enfants, n'éprouvant dans la marche que la petite gêne que je signalerai dans un instant.

Voici son état actuel : l'aspect du genou droit frappe tout d'abord. Il est aplati sur sa face antérieure, et on voit se dessiner sous la peau le relief des deux condyles, par suite de l'absence de la rotule entre ces deux éminences. Sur l'autre membre, au contraire, la rotule forme une saillie culminante. La rotule droite est placée au côté externe du genou, sur le plan du condyle externe, et là elle jouit d'une grande mobilité. On peut même presque la ramener en avant de ce condyle ; mais il faut déployer un certain effort, et, en tout cas, on ne pourrait l'y maintenir. C'est qu'en effet, la gouttière qui sépare en avant les deux condyles est très atténuée et presque de niveau avec le relief des bords de ces condyles. Par suite du siège de la rotule en dehors, le tendon rotulien, d'une part, et le tendon du triceps, de l'autre, ont pris une direction différente de l'état normal. Quand on fait contracter le triceps fémoral, on voit la saillie du droit antérieur suivre une ligne oblique dirigée en dehors au côté externe du genou. Tous les mouvements du genou sont libres et normaux ; il n'existe pas non plus de mouvement de latéralité.

Les mouvements sont intéressants à étudier. Lorsqu'on dit à l'enfant d'élever le membre, dans un premier mouvement la jambe se fléchit un peu sur la cuisse ; puis la jambe est relevée brusquement et elle se remet dans l'extension. La cause de cette flexion de la jambe est due à l'action du triceps fémoral, dont le tendon, jusqu'au tibia,

n'est plus rectiligne, mais dévié en dehors et réfléchi autour du condyle externe du fémur. En un mot, ce muscle est devenu fléchisseur un instant, et puis il reprend ses fonctions de muscle extenseur. Ce fait a été également signalé dans un cas de luxation de la rotule en dehors, par Robert.

Quand on fait marcher l'enfant, on remarque un moment d'hésitation au départ, lorsque l'enfant lève le membre déformé; mais la marche n'est ni pénible, ni difficile. Elle présente une légère gêne en un mot. L'enfant ne se fatigue pas plus que ses camarades.

Le membre tout entier est l'objet d'une atrophie reconnaissable à la vue et qui se trouve encore mieux établie par les mensurations. Elles ont été prises avec tout le soin qu'on y peut apporter. Les parties molles, comme le squelette, sont moins développées, et il est à noter que cet état avait été remarqué dès les premiers jours de la naissance.

Squelette. Longueur du fémur droit, prise avec le compas d'épaisseur : 26 centimètres 1/2.

Longueur du fémur gauche (membre sain) : 28 centimètres 1/2.

Longueur du tibia droit : 23 centimètres.

Longueur du tibia gauche : 24 centimètres.

Le pied a un centimètre de moins, en longueur, à droite qu'à gauche.

La rotule est aussi moins développée, et les diamètres vertical et horizontal de l'os luxé ont presque un centimètre de moins que du côté sain.

Quant aux parties molles, on trouve à la cuisse :

Circonférence du membre droit au tiers inférieur : 20 centimètres 1/2.

Circonférence du membre gauche au tiers inférieur : 23 centimètres.

Circonférence de la jambe au niveau du mollet droit : 20 centimètres 1/2.

Circonférence de la jambe au niveau du mollet gauche : 22 centimètres.

Présentation de malade.

Amputation partielle de la main.

M. Sée présente un homme auquel il a pratiqué autrefois l'amputation partielle de la main. C'est un ouvrier chauffeur, Victor Vautier, âgé aujourd'hui de 45 ans, qui venait d'avoir la main droite écrasée par une machine à vapeur, lorsqu'il entra à l'hôpital Cochin, en février 1867. M. Sée, qui y remplaçait alors notre regretté collègue Follin, constata des lésions étendues du squelette et des parties molles de la main. Sa première idée fut de faire l'amputation du poignet. Mais après un examen attentif, il se décida à conserver au blessé le pouce et les deux derniers doigts. L'index et le médius ayant été détachés, M. Sée sectionna les métacarpiens correspondants vers leur partie moyenne, et régularisa les plaies

des parties molles, de façon à reporter les cicatrices sur la face dorsale. La guérison eut lieu sans accidents, sous l'influence du pansement à l'alcool. Il restait, au moment où le malade quitta l'hôpital, une raideur assez considérable des doigts conservés. Mais elle diminua graduellement, et Vautier put reprendre son état de chauffeur. Aujourd'hui elle a complètement disparu, et l'opéré se sert de sa main droite à peu près comme avant son accident.

Présentation d'instrument.

M. Terrillon présente un *hystéromètre curvimètre*, construit sur ses indications par MM. Mathieu fils.

Cet instrument se compose d'une tige rigide et graduée ou d'une patte formant manche, afin qu'elle puisse facilement être tenue à la main. Elle porte un cadran, qui présente un certain nombre de divisions et autour duquel tourne une aiguille mobile. A l'autre extrémité de la tige se trouve fixée une partie flexible, enveloppée par une membrane de caoutchouc. La flexion de cette pièce peut se faire en deux sens opposés; elle se traduit instantanément par un mouvement correspondant de l'aiguille, qui indique à la fois le degré et la direction.

Enfin, un curseur formé d'une tige creuse, peut glisser le long de la partie flexible, tandis qu'une échelle graduée, placée sur la tige principale, permet d'apprécier la quantité dont il se déplace, c'est-à-dire, la longueur de la tige flexible engagée ou introduite.

Grâce à une petite vis de pression, on peut fixer le curseur en un point quelconque de sa course.

Cet instrument a pour but de mesurer la longueur de la cavité utérine, en même temps que d'indiquer la courbure de cet organe (anté ou rétro-flexion).

L'instrument est introduit de la façon suivante: le curseur étant mobilisé, on place l'extrémité de la partie mobile devant l'orifice utérin. Une impulsion légère suffit pour introduire l'instrument qui, en vertu de sa flexibilité, s'introduit facilement jusqu'au fond de la cavité, sans produire de désordre.

S'il y a une flexion, on voit l'aiguille se dévier dans un sens qui indique le sens de la flexion, et s'arrêter sur une division du cadran. Cette division est notée avec soin. On fixe alors le curseur, au moyen de la vis au point où il est arrivé, lorsque la tige mobile a atteint le fond de l'utérus. L'instrument est alors retiré. On lit d'abord sur les divisions de la tige la longueur de la cavité. Puis, le curseur restant toujours en place, il suffit de faire décrire à l'extrémité de la tige une courbe telle que l'aiguille arrive au point

où elle s'était arrêtée, pour avoir la figure de la courbure de la cavité. Le sens dans lequel l'aiguille s'était déviée indique le sens de la déviation utérine. On peut trouver également la latéroflexion en inclinant l'instrument dans le sens latéral.

Le principe de cet instrument peut être utilisé pour rechercher la direction de certains trajets courbes.

La séance est levée à 5 heures 1/4.

Le secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 14 avril 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue médicale de l'Est.* — La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Le *British médical;*

4° *Leçons de clinique chirurgicale. Orthopédie*, par le Dr Dubrueil, de Montpellier;

5° Quatre brochures de M. Ceccherelli, de Florence, intitulées: *Cas de lymphadénôme. Asphyxie par l'acide carbonique. Un cas d'énucléation du globe oculaire;*

6° Une lettre de M. Marjolin demandant qu'il soit donné, en séance publique, lecture des conditions du prix Duval, parce qu'il y a eu une erreur d'impression dans le procès-verbal de la séance du 10 mars 1880.

Voici l'énoncé des conditions, telles qu'elles ont été indiquées dans la séance du 12 juillet 1854:

La Société, après une donation de M. Duval, fonda, à titre d'encouragement, un prix annuel de la valeur de 100 francs, *en livres,* pour l'auteur de la meilleure thèse de chirurgie publiée en France dans le courant de l'année. Autant que possible, les recherches doivent

porter sur un seul sujet et s'appuyer sur des observations recueillies par l'auteur lui-même dans un service d'hôpital.

Tous les auteurs anciens ou modernes, qui ont traité le même sujet, devront être indiqués, ainsi que la source précise des citations.

Seront admis seuls à concourir les docteurs ayant rempli les fonctions d'internes définitifs dans les hôpitaux civils ou ayant un grade analogue dans les hôpitaux militaires ou de la marine.

A propos du procès-verbal.

M. Desprès. Il m'est arrivé, lundi dernier, à la consultation de l'hôpital Cochin, un petit malade qui servira de démonstration à ce que j'ai avancé sur la fracture du coude.

Le nommé B., âgé de 13 ans, s'est fait une fracture de l'épitrochlée, le 18 mars, en tombant sur le coude. Le lendemain, il a été conduit par ses parents à l'hôpital des Enfants. Le chirurgien de cet hôpital l'a endormi, a réduit la fracture et a placé un appareil inamovible avec des attelles de carton en donnant au bras l'attitude demi-fléchie. Au bout de 15 jours l'appareil fut enlevé. Comme le coude était raide, le chirurgien rompit les adhérences séance tenante en étendant de force l'avant-bras, et prescrivit à la mère de faire exécuter chaque jour des mouvements artificiels. Y a-t-il une meilleure démonstration que ce fait pour prouver que l'immobilisation est nuisible dans les fractures du coude ? Aujourd'hui, au vingt-cinquième jour, le petit malade, dont le bras a été simplement placé dans une écharpe, a des mouvements encore limités. Depuis deux jours, j'ai prescrit des cataplasmes et j'ai laissé le membre libre pendant la nuit. En ces deux jours, les mouvements ont gagné 10 à 12°.

Remarquez qu'il s'agit là d'une fracture simple du coude et qu'après quinze jours il existait déjà une raideur considérable. Si l'articulation avait été maintenue plus longtemps dans l'immobilité il se serait produit une ankylose.

M. Verneuil a dit qu'il y a des chirurgiens qui proposent de temps en temps de traiter les fractures articulaires sans appareil. A mon avis, ces chirurgiens ont raison, et leur pratique vaut mieux que celle des chirurgiens qui appliquent des appareils inamovibles. Je demande à M. Verneuil si, par exemple, il traite les fractures du col du fémur avec des appareils.

M. Verneuil. Certainement je traite les fractures du col du fémur avec des appareils. Jobert laissait les fractures de la diaphyse du fémur sans appareil ; il se bornait à faire de l'extension avec un lac fixé à la jambe d'une part et au pied du lit de l'autre. On

connaît les résultats déplorables qu'il obtenait ainsi, et l'on passe à l'ordre du jour sur de pareils moyens. Oui, il y a des chirurgiens qui immobilisent les fractures de l'extrémité supérieure du fémur, et ils ont raison de les immobiliser le plus possible et par les moyens les mieux appropriés. Quant à moi, je place mes malades dans la gouttière de Bonnet, et je continue à enseigner qu'il faut immobiliser, dans cette gouttière, les fractures du col du fémur, en exerçant une légère extension sur le pied. Quand on nous apporte un malade au douzième ou au quinzième jour d'une fracture méconnue ou traitée par l'indifférence, nous ne pouvons plus instituer le traitement que nous voudrions. Aussi, ces malades souffrent et restent avec un membre déformé.

Pour en revenir aux fractures du coude, il est très vrai que la difformité du cal est une des causes qui limite les mouvements. Voici quelques faits à l'appui de cette opinion :

Un garçon de 12 ans tombe de cheval, le 12 novembre 1879, et se fracture le bras droit immédiatement au-dessus du renflement épiphysaire inférieur, au niveau de la cavité olécranienne. Le trait de la fracture est oblique de haut en bas et d'arrière en avant. Le fragment supérieur, taillé ainsi en biseau tranchant, divise le biceps, le brachial antérieur et la peau, et à travers une plaie, qui n'a pas moins de 7 centimètres, vient faire une saillie de 3 centimètres environ. L'articulation du coude ne paraît pas ouverte ; l'artère humérale a été respectée, comme l'atteste la persistance du pouls radial.

On tente la conservation du membre en annonçant, comme presque inévitable, l'ankylose du coude.

La réduction, aussi parfaite que possible, est obtenue sans résection ni débridement ; le membre, fléchi à angle droit, est immobilisé à l'aide d'une attelle coudée, puis soumis à l'irrigation continue d'eau froide pendant huit jours. On remplace l'eau froide par des fomentations avec l'eau blanche, fortement alcoolisée, pendant les deux semaines suivantes, et enfin, comme dernier topique, on utilise l'eau phéniquée et alcoolisée.

Aucun accident d'inflammation, ni de gangrène, ne s'est montré. La cicatrisation a marché lentement, mais régulièrement, ainsi que la consolidation. La fièvre et la douleur ont été presque nulles et l'appétit toujours excellent. Pour favoriser l'action des pansements antiseptiques, on a donné le sulfate de quinine pendant assez longtemps.

Le 25 décembre, au 42e jour, l'enfant, qui avait été blessé loin de sa famille, put rentrer chez ses parents. A cette époque, le membre fut examiné une dernière fois par les médecins qui avaient si habilement conduit la cure. Le membre avait notablement maigri.

Il était fléchi à angle droit. L'articulation du coude avait conservé sa forme naturelle. Les mouvements de la main et du poignet sont conservés. Le cal semble déjà assez solide. La plaie n'est pas encore tout à fait close.

Il fut recommandé d'essayer, dans quelque temps, les mouvements de pronation et de supination et de tenter ceux de flexion et d'extension dans trois ou quatre mois seulement. Le membre fut donc replacé sur l'attelle coudée et immobilisé comme devant.

Vers la fin de janvier, la petite plaie étant cicatrisée et la fracture semblant tout à fait solide, on mit le membre en liberté. On s'aperçut alors, pour la première fois, d'une paralysie des extenseurs du poignet et des doigts, c'est-à-dire du nerf radial. Le praticien consulté fit faire des frictions diverses, et, conservant l'espoir d'une guérison spontanée, ne parla de l'électrisation des muscles que comme d'une ressource extrême, qu'on emploierait si la chose était tout à fait nécessaire.

L'état ne s'étant pas sensiblement amélioré, la mère s'en vint à Paris consulter divers chirurgiens.

Je fus du nombre, et le 18 mars 1880, je constatai les particularités suivantes : le bras et l'avant-bras sont amaigris, mais normalement conformés ; la région fracturée est indiquée par l'existence d'une cicatrice linéaire rougeâtre encore, longue de 4 centimètres, transversalement étendue sur le bord radial et la moitié externe de la face antérieure du bras, à deux travers de doigt du pli du coude. Bien que la coaptation soit exacte et que l'articulation ne soit le siège d'aucun déplacement, on reconnaît facilement que le fragment inférieur a presque doublé d'épaisseur dans le sens antéro-postérieur et qu'il forme une saillie transversale au pli du coude, presque comme s'il s'agissait d'une luxation de l'avant-bras en arrière. Ce cal volumineux n'a jamais été le siège d'aucune douleur et on peut le presser en divers sens sans provoquer la moindre souffrance.

La paralysie du nerf radial est évidente ; mais il m'est impossible de décider si elle est le résultat d'une section du nerf par le fragment supérieur de l'humérus au moment de l'accident, ou si elle ne proviendrait pas de l'enclavement du même nerf dans le cal de la fracture. Toujours est-il que les muscles interrogés par l'électricité réagissent encore, ce qui donne l'espoir de la restauration nerveuse.

Mais le point particulièrement intéressant est relatif aux mouvements de l'articulation du coude. Les premiers médecins, s'estimant très heureux s'ils pouvaient conserver le membre au prix même d'une ankylose, qu'ils considéraient à peu près comme inévitable, ne firent absolument rien contre celle-ci. Ils immo-

bilisèrent rigoureusement l'avant-bras à angle droit, et au 42e jour ne cherchèrent pas même si, oui ou non, les mouvements étaient conservés. C'est un mois plus tard seulement, c'est-à-dire après 70 jours d'immobilité, qu'on mit pour la première fois le membre en liberté et qu'on s'enquit de son fonctionnement.

Or, en même temps qu'on constatait la paralysie du nerf radial, on retrouvait une mobilité sur laquelle on ne comptait guère, et qui, par la seule influence des mouvements spontanément exécutés par l'enfant, acquit bientôt l'étendue qu'elle présente aujourd'hui.

C'est précisément parce que, depuis plusieurs semaines, la mère avait constaté l'état stationnaire de la paralysie et des progrès de la mobilité, qu'elle venait consulter à Paris. Or, voici quel était l'état des choses.

L'extension de l'avant-bras sur le bras, sans être complète, est cependant très suffisante pour les besoins ordinaires, car l'angle des deux segments mesure au moins 130 degrés. Dans la flexion, au contraire, l'angle produit sous l'influence de la volonté ou par la main du chirurgien se réduit à près de 90 degrés, c'est-à-dire que la flexion cesse à l'angle droit ; là existe un arrêt brusque, subit, insurmontable, facile à reconnaître pour un obstacle osseux.

Pour moi, il est certain que l'hyperostose, qui occupe si manifestement le fragment inférieur, est la cause de cet arrêt. Je pourrais même presque affirmer que les cavités olécranienne et coronoïdienne sont comblées par des exsudats périostaux, qui arrêtent brusquement les apophyses olécrane et coronoïde.

J'ai encore à signaler un détail, qui n'est pas le moins curieux dans cette remarquable observation et qui, je l'espère, embarrassera quelque peu les ankylophobes, qui redoutent tant l'immobilisation dans les fractures péri-articulaires. Malgré les 70 jours pendant lesquels on a tenu cette articulation immobilisée, les mouvements de pronation et de supination n'ont pas perdu un millimètre de leur étendue. Donc les articulations huméro-radiale et cubito-radiale ont pu rester au repos, pendant plus de deux mois et demi, sans être affectés de la plus minime ankylose !

Si cependant on avait sorti avec précaution le bras de l'appareil pour imprimer avec prudence quelques mouvements de rotation au radius et si, plus tard, on avait constaté la limitation de la flexion et de l'extension, et d'autre part l'intégrité de la rotation, quel triomphe pour la doctrine de la mobilisation préventive ! Et comme on se serait attribué ce que la bonne nature avait si bien fait toute seule !

Pour moi, le résultat n'a rien que de très naturel. Les mouvements

de flexion et d'extension ont perdu de leur ampleur par le fait du travail de consolidation et d'hyperostose du fragment inférieur. Les mouvements de pronation et de supination ont conservé toute leur étendue, parce que l'arthrite ne s'est point développée, et l'absence de cette arthrite est due elle-même à l'excellence du traitement suivi : réduction de la fracture, contention exacte, moyens antiphlogistiques et, antiseptiques, et au premier rang, immobilisation très prolongée de la région blessée.

Comme conséquence thérapeutique, j'ai dissuadé la mère de faire construire un appareil à mobilisation de Bonnet, de Lyon, qui lui avait été conseillé par d'autres chirurgiens. Je lui ai fait espérer que la diminution du cal rendrait peu à peu la flexion plus étendue. Je lui conseille seulement de faire électriser avec persévérance les muscles animés par le nerf radial.

J'avais, pour porter un pronostic favorable, le souvenir d'un fait récemment observé. Le 5 janvier dernier, on m'avait présenté, pour une autre affection, un jeune garçon de 10 ans, qui, deux années auparavant. avait eu une fracture grave de l'extrémité inférieure de l'humérus. Au dire du père on n'avait jamais pu, à cause du gonflement, reconnaître exactement le mal ni remettre les choses en place. On s'était contenté de laisser le coude bien à angle droit et de l'immobiliser pendant 40 jours. A l'enlèvement de l'appareil on s'aperçut que la consolidation était obtenue, mais avec un déplacement considérable des fragments encore très visible aujourd'hui. En effet, la fracture était fort oblique de haut en bas et de dedans en dehors. Un grand chevauchement s'est produit, de sorte que la pointe du fragment supérieur fait sur le bord interne du coude une saillie, assez aigue, encore qui descend jusqu'au niveau de l'olécrâne. Malgré cette déformation, les mouvements de flexion et d'extension, de pronation et de supination, sont absolument libres. Ce résultat s'est produit peu à peu. La raideur était d'abord grande, mais, sans qu'on fit rien de particulier pour y remédier, et par les seuls mouvements exécutés par l'enfant tout rentra dans la normale en moins de six mois.

M. Lannelongue a émis l'autre jour sur les causes de l'immobilité, à la suite des fractures du coude chez les enfants, des opinions auxquelles je me rattache d'un façon complète. Il a fait, entre autres, jouer un rôle important à l'hyperostose des fragments, conséquence naturelle de la formation du cal. J'ai fait cette remarque, il y a près de trente ans.

J'ai souvenir, en effet, d'avoir constaté *de visu* cette cause de limitation des mouvements. C'était à la suite d'une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus chez un enfant. La mort étant survenue quelques semaines après, je fis la dissection du membre.

La fracture présentait peu de déplacement, mais communiquait avec l'articulation ; le cal était irrégulier, volumineux et déformait surtout le fragment inférieur. Une coupe antéro-posterieure, pratiquée sur celui-ci, montra une couche épaisse de tissu osseux nouveau déposé sous le périoste, indépendamment de l'exudation qui forme le cal proprement dit. Cette couche comblait presque entièrement les cavités olécranienne et coronoïdienne, et empêchait de la sorte ces cavités de recevoir les becs de l'olécrane et de l'apophyse coronoïde dans les mouvements d'extension et de flexion, qui se trouvent ainsi fort réduits.

J'ai montré à la Société anatomique[1] une disposition très comparable produisant le même effet par le mécanisme tout à fait inverse: Il s'agissait d'une arthrite sèche chez un homme de 40 ans. On remarquait, comme de coutume, au pourtour de la jointure des végétations osseuses marginales qui, non seulement déformaient les extrémités articulaires, mais encore gênaient les mouvements de flexion et d'extension par un mécanisme remarquable. En effet, développées en grande abondance au pourtour de la grande cavité sigmoïde du cubitus, elles allongeaient considérablement les becs olécranien et coronoïdien. Ces apophyses formaient ainsi presque les trois quarts d'un cercle emprisonnant la trochlée humérale dans le sigma rétréci; de plus, elles venaient par leur sommet arcbouter contre le fond des cavités olécranienne et coronoïdienne, dès qu'on imprimait quelques mouvements de flexion et d'extension. L'obstacle provenait donc de la réunion des parties osseuses.

Je puis citer encore un cas, tout récemment observé dans mon service, qui montre une autre cause d'immobilité du coude et la difficulté du diagnostic.

Un jeune garçon de 14 ans, maigre, mais jouissant d'une bonne santé habituelle, fait une chute sur le coude. Il ressent une vive douleur et rentre chez lui, où on lui enveloppe le bras avec des compresses résolutives. L'articulation gonfle beaucoup, les moindres mouvements sont très douloureux; néanmoins on n'appelle pas de médecin, et on n'essaie point d'immobiliser la jointure. Les douleurs se calment, mais comme les mouvements ne reviennent point, l'enfant m'est amené un peu plus de 15 jours après l'accident.

Voici ce que je constate. L'avant-bras est dans l'extension complète. Les mouvements de flexion sont absolument abolis. Quand on essaie de les produire, si peu que ce soit, on provoque une douleur vive. Les mouvements de pronation et de supination sont, au contraire, tout à fait intacts.

[1] *Bull. Soc. anat.*, 1851, t. XXVI, p. 200.

La jointure est encore tuméfiée, et on voit une ecchymose à sa face postérieure ; en avant, à la partie supérieure et interne, on reconnaît par la vue et par le toucher une tumeur dure, immobile, répondant à la trochlée humérale, mais qui dépasse en bas l'interligne articulaire. Je crois à une fracture oblique de l'extrémité inférieure de l'humérus, et j'attribue la saillie osseuse à la descente du fragment composé de la trochlée et de l'épitrochlée. J'attribue à cette disposition vicieuse des fragments et à une consolidation précoce l'abolition des mouvements de flexion.

Pour diminuer le gonflement et la douleur, qui rendent encore l'exploration difficile et le diagnostic incertain, je fais appliquer un appareil ouaté dans le double but d'immobiliser et de comprimer la jointure. Cet appareil fait cesser aussitôt les douleurs et permet au malade de rester tout le jour hors de son lit. Nous l'enlevons au bout de 10 jours. La tuméfaction a disparu, mais la saillie anormale, bien qu'amoindrie, persiste. Je remarque en passant, mais sans y attacher une grande importance, que le tendon du triceps, sans être saillant, est pourtant rigide sous la peau. Je constate également que l'immobilité de l'articulation est moins absolue, et qu'on peut fléchir l'avant-bras de quelques degrés. Mais j'étais dominé par mon hypothèse de fracture et d'ankylose par situation vicieuse des fragments, de sorte que je me décidai à intervenir. Il me paraissait impossible, en effet, de laisser le bras s'immobiliser définitivement dans la position rectiligne. Je voulais, pour le moins, métamorphoser l'attitude et placer l'avant-bras à angle droit. J'espérais, la consolidation étant encore récente, pouvoir refouler le fragment malencontreusement déplacé, rompre les adhérences encore friables, et fournir ainsi au patient un membre utile.

Je me mis en devoir d'exécuter ce plan, juste un mois après l'accident. Le chloroforme étant administré, je fis fixer par un aide le bras vers sa racine, je saisis avec ma main gauche le coude à pleine main; de la main droite, je pris l'avant-bras au-dessus du poignet, et me disposais à déployer la force nécessaire, lorsqu'à ma grande surprise, je pus, presque sans effort, porter l'avant-bras dans la flexion extrême. L'obstacle était purement musculaire, il n'y avait ni fracture ni déplacement des fragments! A plusieurs reprises, je fis parcourir à l'avant-bras tout le champ de ses mouvements, puis ayant mis le bras en écharpe, je fis reporter à son lit le petit malade, à qui je prescrivis de faire tous les mouvements qu'il voudrait.

Huit jours plus tard, il quittait mes salles sans aucun reliquat de son accident et avec l'intégrité de ses mouvements.

Il serait intéressant de revenir ici sur les causes de mon erreur de diagnostic, et en particulier, sur cette tuméfaction circonscrite de

la partie antérieure et interne, qu'on retrouve dans la plupart des affections du coude ; mais je ne veux point sortir du sujet en discussion et je n'insisterai point. Je me contenterai d'ajouter un mot : quelle bonne fortune pour les ankylophobes qu'un cas pareil ! Comme ils se seraient réjouis d'avoir rompu les adhérences, distendu et assoupli les téguments, et prévenu de la sorte, par des manipulations prudentes, mais nécessaires, une ankylose imminente. Seulement ils n'auraient pu ici, en bonne conscience, accuser l'immobilisation d'avoir enraidi la jointure, car le bras avait toujours été laissé dans la plus complète liberté.

A mon avis, c'est même cette extrême liberté qui a été la cause de l'attitude vicieuse et de la contracture du triceps qui tendait à la rendre permanente. Si, aussitôt après l'accident, on avait immobilisé le coude à angle droit avec un appareil quelconque, l'arthrite traumatique eût été beaucoup plus légère, et la contracture ne se fût pas établie. J'ai cité dernièrement le cas d'une luxation grave du coude traitée par l'immobilisation et l'appareil ouaté, et qui n'avait été suivie d'aucune gêne dans les mouvements. C'est la pratique que j'ai adoptée pour les entorses sérieuses et les contusions articulaires, et je puis affirmer que nul moyen ne donne de meilleurs résultats, au point de vue surtout des progrès du rétablissement des mouvements. Cette combinaison de l'immobilité, de la compression et de la chaleur constante réalise le meilleur traitement antiphlogistique, c'est-à-dire la prévention la plus efficace des raideurs articulaires.

On a remarqué que, dans l'observation précédente, l'application du bandage ouaté, faite pendant huit jours seulement, avait suffi pour ramener quelques mouvements dans la jointure. Si j'avais attaché plus d'importance à ce fait, j'aurais continué, et nul doute que la guérison eût été obtenue. L'inflammation articulaire cessant, le spasme musculaire avait cessé à son tour, et la mobilité se serait rétablie spontanément.

Ce spasme réflexe des muscles, provoqué et entretenu par l'inflammation articulaire aiguë ou subaiguë, est sans contredit l'une des causes les plus communes et les plus puissantes de la perte des mouvements. Elle dure autant que sa cause et ne cède qu'autant que le travail phlegmasique cesse à son tour. C'est là cette immobilisation naturelle, instinctive, qui cause tant de dégâts dans les jointures, et qui n'a pas de meilleur antidote que l'autre immobilisation, que j'ai appelée *artificielle* par opposition. Cela est si vrai que, tous les jours, quand je veux être fixé sur les vraies causes d'une raideur articulaire, je commence par immobiliser rigoureusement la jointure déjà immobile ; au bout d'un certain temps, un mois en moyenne, j'enlève mon appareil et, maintes fois,

je constate aussitôt des mouvements assez étendus, là où, avant l'immobilisation exploratrice, je n'avais pu imprimer aucun déplacement aux leviers osseux.

Quoiqu'on en puisse dire, je n'ai pas encore eu à me plaindre de l'immobilité, tandis qu'il ne se passe pas de mois sans que je voie quelque effet fâcheux ou funeste de la mobilisation.

Tout récemment encore, une jeune fille de Montluçon m'était présentée. Elle était âgée de 14 ans, grande, bien construite et bien portante. Dans son enfance, vers 7 ans, je crois, elle avait eu une arthrite traumatique du coude, laquelle avait amené une mauvaise attitude du membre et une diminution notable dans l'étendue des mouvements, sans avoir jamais été traitée, d'ailleurs, par l'immobilisation suffisante. On voulut naturellement rétablir la mobilité. A cet effet, sans chloroforme et en occasionnant des douleurs violentes, on rompit les adhérences au point de porter la flexion et l'extension à leurs dernières limites. L'arthrite se réveilla et l'on fut obligé de la traiter par les antiphlogistiques. On eut la cruauté de recommencer deux fois encore ces manœuvres inutiles. Après la troisième séance, l'inflammation articulaire fut violente, et cette fois amena une ankylose complète et probablement osseuse, qui ne s'est nullement modifiée depuis 7 ans qu'elle existe.

L'avant-bras est placé entre l'extension complète et la flexion à angle droit. J'ai dit aux parents, sans y insister et sans rien promettre, qu'on pourrait essayer de rompre cette ankylose sans espoir de ramener les mouvements, mais seulement pour donner au membre une attitude meilleure.

On dira sans doute que la mobilisation a été mal faite, imprudente et par là nuisible; qu'exécutée progressivement, à petites doses et à longs intervalles, elle eût été sinon efficace, au moins innocente. Tout cela est possible, mais je répondrai que si le praticien eût adopté les principes que je soutiens, il eût fait beaucoup mieux encore, car à l'aide d'une thérapeutique mieux étendue, il n'eût pas obtenu de pires résultats, et même en pratiquant l'abstention, il eût au moins laissé à l'enfant le peu de mouvements dont elle jouissait avant les tentatives violentes, et qui vraisemblablement se seraient accrus peu à peu sans aucune intervention.

Quant au petit malade que M. Desprès nous présente aujourd'hui, rien ne prouve que, si on avait laissé l'appareil quinze jours de plus, il soit survenu une ankylose. Nous n'avons jamais d'ankylose dans les fractures de l'épitrochlée même après une immobilisation très prolongée. Du reste, cet enfant ne jouit pas de tous les mouvements du coude; il ne peut fléchir son avant-bras qu'à angle droit. A quoi doit-il l'amélioration des mouvements? aux cataplasmes qui ont diminué l'inflammation. J'ajouterai même

qu'actuellement, si on replaçait le coude dans un appareil inamovible, les mouvements reviendraient plus vite que par la mobilisation, car l'immobilisation est le meilleur moyen de combattre l'inflammation articulaire, inflammation qui est la cause première de l'ankylose. Il en résulte que le fait, que M. Desprès nous oppose, plaide au contraire en notre faveur.

M. Lucas-Championnière. La discussion s'est bien éloignée de son point de départ, et M. Verneuil nous fait dire ce que nous n'avons pas dit, en appliquant aux fractures de cuisse ce que nous avons dit des fractures du poignet. J'ai dit que l'immobilisation de l'articulation du poignet peut déterminer non pas l'ankylose, mais des raideurs articulaires. Je traite les fractures de l'extrémité inférieure du radius sans appareil, de manière à ne pas immobiliser l'articulation, et j'ai cité deux cas de guérison sans raideur. D'une manière générale, si on peut arriver à traiter une fracture articulaire sans immobilisation, on obtiendra un résultat meilleur qu'avec les appareils inamovibles. M. Guyon et plusieurs autres chirurgiens pensent de même, et on n'est pas dépourvu de sens clinique pour traiter ainsi les fractures articulaires. J'ai dit que j'étais ankylophobe, parce que je n'admets pas que l'immobilisation d'une articulation soit innocente. Il faut aussi, dans ces cas, tenir compte de certains éléments, tels que l'âge des sujets, et dans une argumentation précédente, j'avais surtout en vue les vieillards. Un des grands avantages de la méthode antiseptique est de pouvoir mobiliser immédiatement une articulation blessée et de n'avoir pas à redouter des raideurs articulaires consécutives. Après l'extraction des corps étrangers du genou, par exemple, il n'est pas nécessaire de placer le membre inférieur dans l'immobilité, si on emploie rigoureusement le pansement de Lister.

Quant aux fractures voisines des articulations, il ne faut pas nous faire dire que nous repoussons systématiquement les appareils inamovibles. Dans certains cas, il faut y recourir.

Quoi qu'il en soit, on n'a pas bien choisi en prenant les enfants comme exemple de raideurs articulaires après les fractures, parce que les mouvements reviennent facilement à cet âge de la vie.

M. Sée. Je suis du nombre des chirurgiens qui immobilisent les fractures du col du fémur, et je suis arrivé à cette pratique, parce que j'ai vu les résultats déplorables obtenus par ceux qui suivent la conduite recommandée par M. Desprès. La gouttière de Bonnet n'est pas toujours convenable chez les vieillards, parce qu'elle a l'inconvénient de les obliger à garder trop longtemps le décubitus dorsal. Je lui préfère un appareil inamovible dextriné ou silicaté. Chez une femme de 70 ans, qui souffrait beaucoup

d'une fracture du col, j'ai placé un appareil silicaté. Les douleurs ont cessé rapidement. Au bout de quelques semaines, elle a pu se lever et marcher avec des béquilles. Au bout de trois mois elle marchait sans béquilles et sans canne. Depuis ce fait, j'ai toujours employé les appareils inamovibles dans les fractures du col, et j'ai toujours obtenu des résultats analogues à celui que je viens de citer.

M. Desprès. MM. Verneuil et Sée ont montré trop de susceptibilité quand j'ai dit que les vrais chirurgiens ne plaçaient pas d'appareils sur les fractures articulaires. Il y a eu des chirurgiens qui s'appelaient Velpeau, Nélaton, Dupuytren et Desault ; aucun d'eux n'a songé à placer un appareil contentif inamovible pareil à celui que place M. Sée sur les fractures intracapsulaires du col du fémur, et l'Europe ne les a pas moins considérés comme de très grands chirurgiens. Tous ont déclaré que les fractures du coude exposaient à la fausse ankylose et à la raideur articulaire, et qu'il fallait laisser le moins longtemps possible les appareils ; c'est Giraldès qui a dit le premier qu'il n'en fallait pas mettre.

Pour ce qui est de la fracture du col du fémur, aussitôt que l'excellente gouttière Bonnet a été imaginée, les bons chirurgiens s'en sont servis pour le traitement de cette fracture. On laisse les malades 20 jours dans la gouttière. On les lève alors ; ils marchent avec des béquilles. Au bout de deux mois, ils marchent avec deux cannes, puis avec une seule, et, au troisième mois, ils sont dans le même état que les malades de M. Sée, qui, je dois le dire en passant, doivent rester au lit certainement plus de temps que les malades placés dans la gouttière et doivent être bien exposés à ces pneumonies hypostatiques si communes chez les vieillards. M. Verneuil dit que la gouttière Bonnet est un appareil, M. Sée dit que ce n'en est pas un. Il faut pourtant s'entendre. Non, la gouttière Bonnet n'est pas un appareil ; c'est un précieux moyen pour traiter la fracture du col par la simple position, comme notre écharpe sert à traiter la fracture du coude par la simple position.

Voici ce qui nous semble juste, à nous qui avons conservé les traditions des chirurgiens qui nous ont précédés : toutes les fois que, par un appareil quelconque, nous pouvons prendre un point d'appui sur les fragments des os fracturés ; toutes les fois que nous pouvons exercer une pression à l'aide d'attelles immédiates, nous trouvons l'indication d'un appareil ; et, sur ce point, je suis d'un avis tout à fait opposé à celui de M. Lucas-Championnière pour ce qui est de la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Cette fracture peut et doit être traitée par un appareil contentif. Mais toutes les fois que nous ne pouvons agir directement sur les

fragments d'une fracture articulaire, nous nous gardons bien de placer des appareils qui n'ont qu'un effet : raidir l'articulation.

M. Verneuil nous parle des mouvements de pronation et de supination conservés dans toute leur intégrité dans l'articulation radio-cubitale supérieure, alors que les mouvements de l'articulation huméro-cubitale sont gênés, et que, si les mouvements dans la première articulation sont conservés, il serait impossible qu'il fussent entravés dans la seconde, autrement que par l'exubérance du cal de la fracture. Apprendrai-je à quelqu'un ici que les articulations gynglimoïdales parfaites se raidissent plus vite que les trochoïdes? Il y a des articulations qui sont impropres à l'ankylose, l'articulation temporo-maxillaire, par exemple, avec son ménisque interarticulaire et ses deux synoviales; mais le coude ou plutôt l'articulation huméro-cubitale, le gynglime le plus parfait, est dans d'autres conditions. C'est là que la raideur, la fausse ankylose et même l'ankylose sont le plus à craindre, et, de mémoire de chirurgien, ce principe n'avait jamais été contesté.

Encore un mot : l'une des fractures du coude dont nous a parlé M. Verneuil, et qui était accompagnée d'une paralysie du nerf radial, où les mouvements ont été si facilement récupérés, me laissent un certain doute; la fracture avait peut-être respecté l'articulation; c'était, à mon sens, une fracture sus-condylienne, et l'intégrité relative de l'article le ferait supposer.

Lecture.

De la ténotomie partielle des muscles de l'œil pour combattre le développement de la myopie progressive,

par M. Abbadie.

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Sée, Farabeuf, Giraud-Teulon.

Présentation de malade.

M. Berger présente un malade qui a été atteint de *fracture du crâne avec hernie du cerveau.*

Observation. — Ce jeune garçon, âgé de 13 ans, fut admis d'urgence, le 12 septembre 1879, à l'infirmerie de l'hospice des Incurables, à Ivry. Le jour même, une motte de terre compacte, pesant plusieurs kilogrammes, était tombée de plus de 10 mètres de hauteur sur sa tête. Il perdit connaissance et resta dans un état comateux, sans paralysies,

contractions, ni convulsions jusqu'au 16 septembre, jour auquel je le vis pour la première fois. Il était toujours dans un état de résolution complète, poussant de temps en temps des gémissements et portant parfois la main à la tête par une sorte de mouvement automatique. Il perdait, du reste, involontairement ses selles et ses urines. La température était peu élevée (37°,4) et le pouls très lent (54 par minute).

A la région frontale antérieure droite, vers la partie la plus interne du sourcil, existait une plaie irrégulière et contuse de 3 centimètres carrés; au travers de ses lèvres faisait hernie un bourgeon grisâtre, allongé dans le sens vertical, de la dimension d'une grosse noisette. Ce bourgeon mollasse était évidemment formé par l'issue de la matière cérébrale appartenant au lobe antérieur droit. Introduisant un doigt dans la plaie, M. Berger découvrit un large enfoncement du crâne; la pression exercée sur les fragments du frontal enfoncé faisait sortir une notable quantité de pus. Aucun traitement local ou général n'avait été fait.

La plaie fut agrandie, nettoyée avec une solution phéniquée, et les fragments enfoncés furent extraits, non sans quelque peine, avec des pinces.

On put voir alors que la dure-mère était largement déchirée; que le bourgeon cérébral faisait issue au travers de sa solution de continuité, et qu'il existait même un peu d'accumulation de pus entre la dure-mère et le cerveau. L'introduction d'un instrument sous la dure-mère n'ayant pas fait reconnaître d'esquille osseuse en ce point, la plaie fut largement lavée avec une solution phéniquée au 40e et recouverte d un pansement antiseptique sans sutures. Le malade, pendant ces manœuvres, n'avait donné presque aucun signe de sensibilité.

Les phénomènes ultérieurs furent de la plus extrême simplicité; le septième jour après l'opération seulement, l'on observa une légère augmentation de la température, due à un peu de rétention du pus qui était, du reste, de bonne nature et versé en très petite quantité. Vers le 3e jour, le malade manifesta quelque peu de connaissance. Il ne se mit à parler que vers le huitième; il continua pendant assez longtemps encore à perdre involontairement ses urines.

Localement, le bourgeon cérébral s'affaissa très rapidement; les granulations qui le recouvraient s'unirent à celles qui partaient des lèvres de la plaie cutanée et de la dure-mère, mais restèrent toujours animées de battements plus manifestes. Du reste, la plaie qui s'était beaucoup rétrécie les premiers jours, cessa bientôt de diminuer, elle prit un aspect lisse et vernissé; en pressant sur la partie externe de la solution de continuité du crâne, on faisait sortir quelques gouttes de pus. Vers le 1er janvier, une assez grosse esquille sortit, et la plaie, dès lors, marcha rapidement vers la cicatrisation. Deux autres esquilles de plus en plus petites furent évacuées en fevrier, et l'issue de la dernière fut suivie de la cicatrisation complète.

Depuis longtemps, le malade avait repris l'usage de la parole; mais il lui resta, et il lui reste encore, un degré prononcé d'amnésie et une certaine lenteur intellectuelle. Il lui fallut notamment plusieurs mois

pour pouvoir de nouveau lire couramment. Son moral, depuis lors, paraît modifié ; il est paresseux et indiscipliné; quoique tous ses sens, et notamment la vision, soient intacts, il existe une dilatation permanente des pupilles; le fond de l'œil est du reste normal.

Au niveau de la région frontale droite, on voit actuellement une cicatrice triangulaire en dehors de laquelle est une surface cutanée, déprimée, qui est animée de forts battements. Sa pression, à ce niveau, fait reconnaître l'existence d'une cicatrice fibreuse déjà très résistante; elle ne détermine aucun trouble des fonctions cérébrales. Voici maintenant un point de détail qui peut être d'un certain intérêt: si l'on comprime les veines du cou, sans entraver le cours du sang dans les carotides (ce que prouve la persistance des battements dans les artères temporales superficielles) on voit diminuer, puis cesser entièrement les battements au niveau de la cicatrice.

Voici les fragments qui ont été extraits: ils sont au nombre de huit, dont deux mesurant toute l'épaisseur de la paroi osseuse du crâne ; les autres appartiennent soit à la table interne, soit à la table externe, le plus considérable a 3 centimètres en largeur et en hauteur.

En résumé, cette observation confirme purement et simplement ce que l'on sait sur l'innocuité relative des lésions traumatiques graves de l'encéphale chez les jeunes sujets. L'absence de troubles sensitifs et moteurs à la suite d'une blessure étendue du lobe cérébral antérieur droit est également un fait de règle. Ce qu'elle présente surtout d'intéressant, c'est l'évolution et le retrait spontané d'une hernie du cerveau, qui a fini par prendre part elle-même à la constitution de la cicatrice, de telle sorte que l'on peut dire que celle-ci est en partie formée par le tissu propre de l'encéphale.

M. Farabeuf pense qu'il serait intéressant d'enregistrer les battements du cerveau avec le sphygmographe.

M. Polaillon dit que des tracés des battements du cerveau ont déjà été pris, dans des cas analogues, par Dolbeau et par lui-même.

M. Cruveilhier. Dans un cas analogue de perte de substance cérébrale, j'ai vu le blessé, après être resté pendant quelque temps dans un état de santé parfaite, être pris subitement d'accidents graves, d'aphasie, et succomber trois mois après l'accident.

M. Berger répond qu'il a attendu six mois avant de présenter son malade ; qu'il n'ignore pas qu'il peut lui survenir d'un moment à l'autre des accidents cérébraux; et que son état intellectuel est moins satisfaisant qu'avant la blessure.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 21 avril 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Bulletins de la Société anatomique.* — Le *Lyon médical.* — Les *Annales de gynécologie.* — Le *Bulletin de thérapeutique ;*

3° *British medical.* — Le *New-Yorck médical journal.* — La *Gazette de santé de Madrid.* — La *Gazette italienne lombarde.* — Le *Journal d'Athènes.* — La *Revue des sciences médicales de Hayem ;*

4° *Guide dans l'examen microscopique des tissus animaux,* par le professeur Exemer, de Vienne, traduit par le Dr Schiffers, de Liège;

5° *Transactions of the Pathological Society of London ;*

6° *Medico-chirurgical transactions* de la Société médico-chirurgical de Londres ;

7° De la *Résection du tarse* ou *Tarsotomie dans le pied bot varus ancien,* par le Dr Georges Parisot, de Bordeaux, membre correspondant;

8° De la *luxation récente du maxillaire,* par le Dr Facieu, de Gaillac. Renvoyé à une commission composée de MM. Houel, Nicaise, Terrillon;

9° *Deux observations d'ovariotomie.* — *Deux observations d'empyème,* par le Dr Philippart, de Roubaix. Renvoyées à M. Nicaise.

A propos du procès-verbal.

M. Marjolin. Dans les fractures du coude, qui sont extrêmement fréquentes chez les enfants, je ne mets pas d'appareil. Les enfants arrivent le plus souvent avec un coude si tuméfié que l'on prend la lésion pour une luxation. Je me borne alors, pendant les premiers jours, à placer le membre dans la demi-flexion et à faire appliquer des compresses résolutives. Dès que le gonflement a disparu, je me rends compte des dégâts produits ; je fais la coaptation des fragments autant que cela est possible, puis j'entoure

le membre avec une bande de flanelle, et je le fixe contre la poitrine non pas avec une écharpe, mais avec une bande qui ne laisse pas la main libre. Tous les trois ou quatre jours, j'enlève les bandes, je fais prendre un bain au bras, et, après avoir fait exécuter avec beaucoup de précautions quelques mouvements au coude, je replace les bandes. Par cette manière de procéder, j'ai pour but d'éviter l'ankylose. Mais il est bien entendu que si, au lieu d'avoir affaire à une fracture articulaire du coude, j'ai affaire à une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus, j'applique un appareil inamovible.

M. VERNEUIL. La question qui s'agite devant nous ne peut être résolue par des souvenirs, mais par des faits.

Un praticien du département de l'Oise, M. Vidal, a pris la peine de m'amener un clerc de notaire, âgé de 28 ans, qui s'est luxé le coude en tombant de voiture. On a réduit la luxation et on a appliqué une écharpe. Après quatre ou cinq jours, les douleurs du coude étaient tellement violentes qu'on a appliqué des cataplasmes. Au bout de 15 jours, on fit faire au coude des mouvements artificiels. Les mouvements furent si douloureux que le blessé refusa de s'y soumettre de nouveau. Au 30e jour, le coude était complètement ankylosé.

Ce matin, à la Pitié, venait une femme qui a eu une fracture grave du coude avec paralysie du nerf cubital, il y a de nombreuses années. Cette femme a eu des appareils inamovibles. Cependant, au bout d'un an, elle a récupéré tous les mouvements de son coude, bien qu'il reste encore une paralysie de deux doigts.

Ainsi voilà deux cas de lésion du coude, dont l'une, restée sans traitement, a donné lieu à l'ankylose, et dont l'autre, traitée par l'immobilité, a été suivie du retour des mouvements.

Je répondrai à M. Lucas-Championnière qu'il s'est mépris, s'il a cru que j'assimilais sa pratique à celle des chirurgiens qui traitent les fractures sans appareil. En m'adressant à lui, je n'avais en vue que les fractures de l'extrêmité inférieure du radius. Nous serions absolument du même avis, si M. Lucas-Championnière avait dit qu'il ne parlait que des cas bénins, et qu'il admettait la nécessité des appareils, lorsqu'il y a un arrachement de l'apophyse styloïde, une difformité considérable, etc. Il a eu raison d'ajouter qu'il fallait, dans ces cas, tenir compte de l'âge. Quant à son observation d'ankylose du poignet, du coude et de l'épaule consécutivement à l'application d'un appareil pour une fracture du poignet, j'avoue qu'elle manque de détails et qu'il serait utile qu'elle nous fut donnée aussi complète que possible, car, pour moi, ces ankyloses doivent avoir une autre cause que l'immobilisation.

Dans son mémoire sur la périarthrite, M. Duplay cite l'observation d'un malade qui eut un érysipèle phlegmoneux du membre supérieur, compliqué d'une arthrite de l'épaule. On immobilise le membre; au bout de quelque temps, l'épaule est ankylosée. Mais, dans ce cas, ce n'est pas l'immobilisation, mais l'arthrite, qui a amené l'ankylose. L'immobilisation est actuellement la cause prétendue de toutes les raideurs articulaires. Mais il y a tant de causes diverses qui peuvent amener des raideurs, qu'il est bien important de ne pas mettre sur le compte de l'immobilisation les accidents qui reviennent à d'autres causes.

M. Marjolin. Il y a une très grande différence entre les fractures du coude chez les adultes et ces mêmes fractures chez les enfants. Chez les premiers, il faut, pour produire ces fractures, un traumatisme violent; chez les seconds, il suffit d'une simple chute. Chez les adultes, la lésion est grave et il faut employer des moyens spéciaux pour la traiter. Chez les enfants, il suffit d'appliquer un bandage roulé et de fixer le membre contre le tronc. Jamais les individus qui ont été traités par cette méthode d'une fracture du coude, produite dans leur enfance, ne viennent demander un certificat pour se faire exempter du service militaire. Tandis qu'on voit des adultes avoir une difformité considérable à la suite d'une de ces fractures, je n'ai jamais vu de difformité chez les enfants que j'avais traités. Je crois donc que le traitement peut varier suivant l'âge du blessé et la nature de sa fracture. Mais je conviens que l'immobilite n'amène pas d'ankylose.

M. Desprès. Je suis de l'avis de M. Verneuil: la question ne peut être jugée que par des faits et des faits bien observés. Or je trouve précisément que les observations que nous apporte aujourd'hui M. Verneuil sont incomplètes. Dans la première, par exemple, M. Vidal dit qu'il y a eu luxation du coude; mais il n'est pas certain qu'il y ait eu en même temps fracture. Je demande des observations comme celles que j'ai produites, des malades que l'on puisse voir et dont le diagnostic de la lésion est certaine. Mon premier malade, homme de 66 ans, traité par la simple écharpe, a récupéré les mouvements du coude. Mon second malade, traité par M. de Saint-Germain, par l'immobilisation, a une raideur articulaire. Je m'appuie sur l'autorité incontestable de M. Marjolin et de Giraldès pour dire que les appareils ne valent rien dans les fractures du coude. Toutefois je ferai remarquer que Marjolin est dans l'erreur, quand il croit qu'il remet en place les fragments par des manœuvres de coaptation. Les fragments se remettent en place tout seuls par la position demi-fléchie et l'immobilisation du membre dans une écharpe. L'observation de M. Vidal, citée par

M. Verneuil, est une observation d'arthrite consécutive à une luxation, et l'ankylose prouve que les médecins n'ont pas fait le diagnostic de l'arthrite et qu'ils ne l'ont pas traitée.

Quant au traitement des fractures de l'extrémité inférieure du radius par la position seule, je partage entièrement l'opinion de M. Verneuil, et je trouve que c'est là de la mauvaise chirurgie. J'ai été l'élève de Robert au moment où il avait adopté cette méthode. Mais c'est Gerdy qui, le premier, a proposé ce détestable traitement. Si je suis l'adversaire des appareils inamovibles pour les fractures du coude, je suis partisan de ces appareils pour la fracture de l'extrémité inférieure du radius. Les attelles de Blandin, l'attelle coudée de Dupuytren, les appareils plâtrés sont de mauvais appareils, qui produisent des raideurs articulaires, très longues à disparaître. Le meilleur de tous les appareils est l'appareil de Nélaton, qui contient les fragments sans immobiliser le poignet.

M. Trélat. C'est une grosse question que celle qui s'agite en ce moment devant la Société, où elle est ramenée pour la deuxième fois. Il faudrait beaucoup de faits pour la juger, et ce n'est pas avec deux ou trois observations isolées et de simples souvenirs que nous y arriverons. Toutefois je crois devoir faire connaître ce que l'expérience m'a appris et ce qui fait l'objet de mes convictions.

Je laisserai de côté les arthropathies pour ne parler que des fractures. J'avoue que je ne puis pas comprendre que, quand il s'agit d'une fracture, on puisse la traiter autrement que par l'immobilisation. J'ai sur ce point une expérience acquise, non seulement sur autrui, mais encore sur moi-même, puisque j'ai eu une fracture de la clavicule, du coude et du péroné. Je n'ai jamais diagnostiqué une fracture, sans qu'à la suite de ce diagnostic je ne me sois hâté d'assurer l'immobilité du membre. Supposons un enfant de quatre ou cinq ans nous arrivant avec une tuméfaction telle de l'articulation du coude qu'il soit impossible, au premier abord, de reconnaître si l'on a affaire à une fracture ou à une luxation; nous appliquerons sur cette articulation tuméfiée des compresses résolutives ou des cataplasmes, et nous attendrons; puis, quelques jours après, le gonflement ayant disparu, on peut faire ou compléter son diagnostic. Si on reconnait une fracture, y a-t-il inconvénient à immobiliser ? Je n'en vois, pour ma part, aucun, et je n'y vois, au contraire, que des avantages. Que fait, en effet, l'appareil ? Il maintient les fragments en place jusqu'à la soudure ou à la formation du cal provisoire. Cette soudure une fois obtenue, il n'y a plus besoin d'appareils. Pourquoi M. Lucas-Championnière et d'autres chirurgiens se sont-ils élevés contre l'em-

ploi des appareils dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius, c'est parce qu'on laisse les appareils trop longtemps en place et qu'on a alors des raideurs considérables. Autrefois j'appliquais, sur la foi de mes maîtres, des appareils pendant trente jours, et je constatais souvent de la raideur du poignet. Depuis que j'ai acquis une expérience personnelle, qui m'a appris que c'est entre le quinzième et le vingtième jour que le cal se fait dans les fractures du radius, je ne laisse l'appareil que le temps nécessaire à la formation du cal, et je ne constate plus de raideurs.

Tout dépend donc pour moi de la solidité du cal. C'est là-dessus seulement qu'il faut se baser, et il faut se défendre de ces approbations extrêmes et de ces critiques exagérées qui font dire aux uns que l'immobilisation prévient tous les accidents, et aux autres que l'immobilisation, au contraire, est la seule cause des accidents qui surviennent. M. Verneuil, si je l'ai bien compris, veut seulement prouver que l'une des meilleures thérapeutiques préventives de l'arthrite, qui vient souvent compliquer les fractures, est l'immobilisation. Que doit durer cette immobilisation, c'est là ce qu'il faut déterminer. Je ne conçois pas qu'une fracture diagnostiquée ne soit pas immédiatement immobilisée. Mais je suis d'avis qu'on enlève l'appareil inamovible, dès que la soudure est faite.

Malgré les excellents conseils de M. Marjolin, si j'avais à traiter une fracture du coude chez un enfant, fracture non compliquée de luxation, je l'immobiliserai; mais je l'immobiliserai seulement pendant quinze jours, convaincu que le repos et l'immobilité constituent le meilleur traitement des accidents inflammatoires qui peuvent se développer autour du foyer d'une fracture. L'appareil que je préfère, est un bandage ouaté, serré, immobilisant et comprimant méthodiquement les parties. Je considère ce bandage comme le meilleur des moyens résolutifs, non seulement pour les fractures récentes, mais encore pour les épanchements sanguins; et depuis longtemps je n'en emploie pas d'autres.

M. Lucas-Championnière. J'ai pris soin de dire que, c'est seulement dans les fractures du radius sans déplacement, qu'il est inutile d'employer un appareil inamovible, parce que la fracture guérit toute seule; et j'ai ajouté que, si l'on n'immobilise pas, on a moins de raideur du poignet. J'ai cité l'exemple d'une femme de 70 ans qui, s'étant fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius, a été traitée par un appareil inamovible, qui est resté appliqué trop longtemps. Il en est résulté une raideur du poignet, du coude et de l'épaule, bien qu'il n'y eut pas d'arthrite au coude ni à l'épaule. J'ai cité ce fait pour répondre à M. Verneuil, qui n'admet pas que l'immobilisation des articulations provoque leur raideur. Lorsque

M. Trélat dit qu'il met des appareils inamovibles aux fractures du radius, mais qu'il se hâte de les retirer le plus tôt possible, il montre bien qu'il redoute la raideur consécutive à l'immobilisation. Il faut donc savoir se limiter dans l'application des appareils, sans quoi on s'expose à de sérieux inconvénients.

M. Sée. J'étais l'interne de Robert à l'époque où il s'est fait une espèce de réaction à propos du traitement des fractures du radius. Jusqu'alors, on traitait ces fractures en immobilisant l'avant-bras, le poignet et les doigts entre deux attelles, que l'on laissait pendant un mois. Lorsqu'on enlevait l'appareil, non seulement le poignet était absolument raide, mais les articulations des doigts étaient aussi ankylosées, de sorte que la main ressemblait à une *main de justice*, selon l'expression d'Hervez de Chégoin. Ce sont ces résultats déplorables qui avaient amené Robert à traiter les fractures du radius par la simple position. J'ai vu quelques malades traités de cette manière. Les résultats ne furent pas satisfaisants et Robert y renonça. Il employa alors une attelle palmaire n'arrivant que jusqu'à l'extrémité inférieure des métacarpiens et une attelle dorsale qui ne dépassait pas la partie moyenne du métacarpe, avec cet appareil il obtint des résultats excellents.

Je ne comprends pas que M. Desprès dise qu'avec l'appareil de Nélaton, on peut immobiliser l'extrémité inférieure du radius, tout en laissant libres les mouvements de l'articulation radio-carpienne.

Quant à moi, j'ai adopté, pour les fractures de l'extrémité inférieure du radius, le traitement suivant: une attelle palmaire et une attelle dorsale laissées en place pendant huit jours. Au bout de huit jours on supprime l'attelle dorsale; à ce moment le déplacement n'a plus aucune tendance à se reproduire, et il suffit d'un appareil inamovible quelconque pour achever la guérison.

Communication.

Sur le bromure d'éthyle.

M. Terrillon. Dans une des dernières séances, j'avais annoncé que le bromure d'éthyle n'étant pas inflammable, on pouvait se servir du thermocautère pendant l'anesthésie obtenue avec cet agent. Depuis lors, j'ai employé une douzaine de fois le thermocautère avec l'anesthésie locale par le bromure d'éthyle. Dans la plupart des cas, j'ai vu se produire, sous l'influence de la pulvérisation du bromure d'éthyle, une plaque blanche indiquant que la peau est devenue insensible. En faisant agir le thermocautère sur

cette région insensible, on ne produit pas de douleur. La douleur ne se fait sentir que lorsqu'on dépasse les limites de la plaque blanche. Cependant, j'ai observé certains cas dans lesquels la plaque blanche ne s'est pas produite, et cependant l'application du thermocautère n'a pas été douloureuse. Par ce moyen nous avons pu enlever, sans douleur, de petites tumeurs et ouvrir largement des abcès à la marge de l'anus.

Cependant l'anesthésie locale a échoué dans deux ou trois cas, parce que certains pulvérisateurs donnent un jet trop fin, dont l'action ne s'étend qu'à une petite surface du tégument. Pour remédier à cet inconvénient, j'ai fait fabriquer un pulvérisateur disposé de manière à produire une anesthésie sur une surface grande comme la paume de la main, l'instrument étant tenu à une distance de 10 à 12 centimètres.

Communication.

Sur le dégagement du nerf radial droit enclavé dans un cal de l'humérus,

par M. Delens.

(*Observation résumée d'après celle de M. Siredey, interne du service, insérée dans la thèse de M. O. Lablanchèrie*).

Ferdinando Barbiani, âgé de 37 ans, maçon, est entré dans notre service, le 27 septembre 1879, salle Saint-Michel, n° 17, à l'hôpital Tenon.

C'est un homme d'une constitution moyenne, sans antécédents morbides. Il est atteint d'une fracture simple du tiers inférieur de l'humérus droit présentant une mobilité et une crépitation très évidentes. Un appareil plâtré, appliqué immédiatement, maintint le membre dans la demi-flexion et ne fut enlevé que le 6 novembre, sans que rien jusque-là eut attiré l'attention. A ce moment, on constate la consolidation de la fracture, et, au bout de quelques jours seulement, on s'aperçoit qu'il existe une paralysie complète du mouvement dans les muscles de l'avant-bras animés par le nerf radial, avec diminution légère de la sensibilité, surtout à la main, dans les parties de la peau auxquelles se distribue ce nerf.

Tout le membre supérieur droit est notablement atrophié. Le cal est assez régulier et non douloureux.

L'électrisation du nerf, dans la gouttière de torsion, au-dessus du cal, ne provoque aucune contraction des muscles extenseurs et supinateurs de l'avant-bras. Elle reste sans résultat après avoir été employée pendant une quinzaine de jours.

L'enclavement du nerf radial dans le cal de l'humérus paraissant

certain, l'opération nécessaire pour le dégager fut pratiquée le 24 novembre, après anesthésie du malade par le chloroforme et application de la bande d'Esmarch.

Je fis, sur la ligne de la gouttière de torsion et au niveau du cal, une incision de 6 à 8 centimètres. La recherche des deux bouts du nerf fut un peu minutieuse par suite de sa déviation, et ce fut surtout en suivant les insertions des muscles long supinateur et radiaux, que je parvins à isoler la portion située au-dessous du cal. Je constatai que le tronc nerveux disparaissait dans l'épaisseur du cal sur une étendue d'environ 18 millimètres, et que les tractions, exercées sur l'une ou l'autre de ses extrémités, ne parvenaient pas à imprimer le moindre mouvement à la portion intermédiaire. Celle-ci, toutefois, n'était pas environnée de toutes parts par le tissu osseux, mais seulement sur les trois quarts environ de sa circonférence. Une bande fibreuse complétait le canal dans lequel passait le nerf. Pour le dégager, il fallait faire sauter avec le ciseau un arc osseux de 5 à 6 millimètres d'épaisseur.

Le nerf ainsi dégagé était diminué de volume, un peu aplati et surtout incrusté d'aiguilles et de débris osseux provenant du tissu spongieux du cal. Il fallut enlever avec des ciseaux ces aiguilles osseuses et une partie des fibres nerveuses, ce qui réduisit le cordon nerveux à la moitié à peu près de son épaisseur normale.

Pour empêcher le nerf d'être de nouveau compris dans le cal, après avoir, avec le ciseau, égalisé la surface osseuse, j'interposai, entre le nerf et l'os, une bandelette de protective.

La plaie fut pansée à plat avec l'eau-de-vie camphrée à 60° et ne présenta ultérieurement aucun accident dans sa cicatrisation.

Dès le 26 novembre, le retour de la contractilité musculaire s'annonçait comme devant se faire assez rapidement. La main pouvait être relevée et maintenue au prolongement de l'axe de l'avant-bras, au lieu de retomber inerte comme avant l'opération. Dans les jours suivants, cependant, les progrès se ralentirent, bien qu'on perçut nettement les contractions des extenseurs.

Il n'y avait eu aucune réaction à la suite de l'opération et la température était restée entre 36°5 et 37°5, lorsque le 5 décembre, une complication tout à fait indépendante de l'opération, vint en suspendre et même en compromettre les résultats. Il s'agissait du début d'un phlegmon diffus du bras et de l'avant-bras *du côté gauche*, c'est-à-dire, du côté opposé à celui où l'opération avait été pratiquée. Ce phlegmon diffus s'était développé autour de pustules d'inoculation vaccinale, par suite d'une revaccination qui, sans que nous en eussions été informé, avait été étendue à tous les malades de nos salles.

Pendant toute la durée de ce phlegmon diffus, qui s'accompagna de phénomènes généraux intenses et nécessita des incisions multiples avec issue de lambeaux de tissu cellulaire sphacélé, les contractions des muscles de l'avant-bras droit, non seulement ne firent aucun progrès, mais disparurent presque complètement.

Ce ne fut qu'à partir du 18 ou du 20 décembre, que des mouvements

volontaires faibles des muscles extenseurs de l'avant-bras recommencèrent à se manifester. La plaie pratiquée pour dégager le nerf était cicatrisée et ne nécessita plus, à partir de cette dernière date, aucun pansement.

L'emploi des courants intermittents ramena un peu de contractilité dans les muscles, mais, au 31 décembre, l'état du membre était à peine revenu à ce qu'il était au surlendemain de l'opération, malgré le bon état de la santé générale. La main pouvait à peu près être maintenue dans l'axe de l'avant-bras.

Barbiani est resté dans notre service jusqu'au 23 mars 1880. Les courants continus, à partir du mois de février, ont été substitués aux courants intermittents, mais sans grand résultat. Toutefois, l'opéré pouvait un peu se servir de sa main et se rendait utile en balayant les salles. Mais, au moment de son départ, l'extension des doigts et celle de la main sur l'avant-bras restaient incomplètes et, au niveau de la face dorsale du poignet, il s'était formé autour des tendons extenseurs un épaississement manifeste de leur synoviale qui s'opposera, sans doute, longtemps au retour complet des mouvements.

Lecture.

M. Larger lit une *observation de tumeur musculaire* et présente le malade porteur de cette tumeur.

Commission : MM. Terrier, Périer et Farabeuf.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 28 avril 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris.

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Le *Lyon médical*. — *Alger médical*. — *Gazette obstétricale*. — *Montpellier médical*.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Société anonyme d'imprimerie. — PAUL DUPONT. Dr. (59.4.80)

3° Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique.* — *British médical.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Les trois premiers fascicules du *Journal international des sciences médicales de Naples.*

4° Deux lettres de MM. Forget et Farabeuf, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance;

5° M. Verneuil fait hommage à la Société du tome II de son ouvrage intitulé : *Mémoires de chirurgie.*

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail intitulé:

Note sur l'amputation du col de l'utérus par le thermo-cautère,
par le Dr Faucon, membre correspondant.

La question de l'amputation du col utérin par le thermo-cautère a été mise, dans une des dernières séances, à l'ordre du jour de la Société de Chirurgie, et la *Gazette des hôpitaux* du 27 mars m'apporte le compte rendu de la discussion soulevée à ce sujet par le rapport de M. Guéniot. Notre collègue, conformément aux conclusions du travail dont il a rendu compte, a émis un avis défavorable à l'emploi du thermo-cautère dans ce cas spécial. Plusieurs membres de la Société se sont rangés à cette opinion ; quelques-uns ont même bien sévèrement apprécié, si je m'en rapporte au texte que j'ai sous les yeux, la tentative soumise au jugement de la Société.

Cet accueil sévère ne m'empêchera pas de demander la permission de plaider en faveur du thermo-cautère. La condamnation d'un procédé opératoire, portée à l'occasion d'un seul fait et basée sur des considérations théoriques, ne saurait être considérée comme sans appel par ceux qui reconnaissent l'observation clinique comme le meilleur maître et le guide le plus sûr.

Assurément, chercher à pratiquer avec le thermo-cautère l'extirpation du col de l'utérus au fond d'un spéculum plein est un procédé défectueux. On se crée ainsi des difficultés à plaisir : l'espace est resserré, le maniement de l'instrument malaisé ; il se dégage une épaisse fumée qui voile le champ opératoire ; on se trouve obligé d'interrompre l'opération ou plutôt d'y revenir à plusieurs reprises et la durée des manœuvres se prolonge outre mesure. Sur ce point, je suis pleinement d'accord avec l'auteur du mémoire et avec le rapporteur. Mais je demande qu'on n'attribue pas à un procédé opératoire des inconvénients, qui résultent de l'application vicieuse ou inopportune de ce procédé.

Il est toute une catégorie de cas dans lesquels les difficultés, qui ont été signalées, ne sauraient surgir : ce sont ceux où le chirurgien trouve le museau de tanche à la vulve ou dans son voisi-

nage. J'ai en vue les prolapsus de l'utérus accompagnés d'allongement hypertrophique du col.

J'ai pratiqué deux fois cette opération en pareille occurrence ; je n'ai eu qu'à m'en louer, et je persiste à dire, ce que j'ai écrit dans mes *Leçons de clinique chirurgicale*, que, pour des cas de ce genre, je trouve au thermo-cautère deux grands avantages : le premier, d'être aussi maniable que le bistouri ; avec lui, l'œil et la main du chirurgien restent les maîtres de la délimitation du champ opératoire ; le second, de pouvoir à volonté produire les effets divers du cautère actuel, sans qu'on ait à redouter ses fâcheux effets, la diffusion du calorique.

Dans le premier fait, il s'agissait d'une hypertrophie sus et sous-vaginale, avec prolapsus, avec issue du col hors de l'anneau vulvaire et impossibilité de réduire complètement l'utérus. Les deux lèvres du col étaient allongées et augmentées de volume. J'enlevai quatre centimètres de la lèvre antérieure, deux centimètres et demi de la postérieure, en portant mon incision à quelques millimètres de l'insertion du vagin et en respectant l'orifice du col, qui était profondément situé au fond de l'infundibulum formé par l'hypertrophie de la portion sous-vaginale. Il ne s'écoula pas une goutte de sang. L'utérus rentra de lui-même après l'opération. Il ne se développa aucune réaction fébrile et le 20e jour, la plaie étant cicatrisée, la malade sortait avec un pessaire de Borgniet. Je l'ai revue sept mois après et lui ai proposé le cloisonnement du vagin par le procédé de M. Lefort. Cette femme, qui avant l'amputation, ne pouvait même plus vaquer à ses occupations de ménage, se trouvait tellement soulagée qu'elle refusa une nouvelle intervention. L'observation a été publiée avec tous ses détails dans mes *Leçons de clinique chirurgicale* (Paris, 1879; p. 169 et suivantes).

En quoi le thermo-cautère peut-il être incriminé dans un fait semblable? Tout esprit impartial lui reconnaîtra, au contraire, les qualités d'un excellent moyen de diérèse et d'exérèse.

L'observation suivante est encore plus concluante. Non-seulement l'amputation n'a pas été suivie de réaction fébrile, ni d'hémorrhagie, ni d'aucun autre accident local, mais elle a déterminé une diminution de volume de tout l'organe.

Ce fait, comme le précédent, m'a démontré combien sont exagérées les assertions des auteurs, qui prétendent que le thermo-cautère détermine d'épaisses eschares sur la surface de section du col de l'utérus; au bout de dix jours, il n'y avait plus trace des eschares d'un gris brunâtre du début; les bourgeons charnus apparaissaient et, dès le 20e jour, la cicatrisation était complète ou des plus avancées.

Observation (*résumée*). — La nommée Bochart (Justine), journalière, âgée de 45 ans, commença à éprouver, il y a six semaines, un sentiment de pesanteur dans le bas-ventre, et quand elle avait beaucoup marché, elle sentait le col de la matrice faire saillie hors de la vulve. Néanmoins pas de troubles de la miction ni de la défécation. Menstruation toujours normale, sauf les dernières règles (il y a 15 jours) qui ont été surabondantes, mêlées de caillots et ont duré 7 jours. Depuis lors, leucorrhée, appétit bon, fonctions digestives régulières.

Après son entrée à l'hôpital, on constate une hypertrophie sus et sous-vaginale du col; (l'hystéromètre pénètre à une profondeur de 11 centimètres). Le col est hypertrophié en forme de massue; le diamètre transverse mesure 7 centimètres; les deux lèvres prennent également part au développement, et l'orifice extérieur se présente sous la forme d'une large fente transversale. On pratique l'amputation au thermocautère le 16 juin 1879.

La malade chloroformisée est placée en travers sur son lit, les cuisses maintenues fléchies et écartées par des aides. On met le col à découvert, et on le maintient en le saisissant avec des pinces à érignes. Le chirurgien en circonscrit une longueur de deux centimètres au moins, en traçant une rainure circulaire, au moyen du couteau cautère Paquelin porté au rouge sombre, au niveau de l'insertion vaginale. Puis il sectionne successivement les deux lèvres en portant obliquement la pointe du couteau de dehors en dedans et de bas en haut, vers le corps de la matrice, de façon à pratiquer une amputation conoïde. Une artériole sous-muqueuse seule donne un peu de sang; on l'obture en la touchant avec le thermo-cautère. Tampons glycéro-phéniqués.

Les suites de l'opération furent très simples.

Le 26. Examen au spéculum. L'eschare est tombée. On apercoit une surface blanc-jaunâtre avec un pointillé rouge. Pas ombre d'inflammation sur le pourtour. Une cuillerée de pus phlegmoneux dans le vagin. La malade ne souffre que d'un peu de cuisson à la vulve.

Le 29. Les règles apparaissent en avance de huit jours; elles sont normales comme abondance et cessent le 1er juillet.

Le 10 juillet. Les trois quarts de la plaie sont cicatrisés, le reste est encore bourgeonnant. Bain.

A partir de ce jour, la malade va et vient, et le prolapsus ne se reproduit pas. On constate par le toucher que le col est à sa place normale, un peu en arrière. Il faut enfoncer le doigt de toute sa longueur dans le vagin pour l'atteindre.

Exeat le 16 juillet.

Nota. J'ai examiné cette femme le 15 décembre; le moignon du col est aplati et son diamètre transverse ne dépasse pas les conditions normales; l'orifice n'a pas subi de rétrécissement; l'hystéromètre ne pénètre plus qu'à huit centimètres; le prolapsus n'a pas reparu.

Je l'ai revue le 20 février 1880, sans pouvoir l'examiner; elle m'a dit que la matrice tendait de nouveau à descendre.

Deux faits ne suffisent pas, je le reconnais, à juger définitive-

ment une question controversée ; mais ils ont au moins tout autant de valeur que des affirmations *a priori*, et ils me semblent de nature à démontrer les avantages du thermo-cautère appliqué, *dans les cas de prolapsus*, à l'amputation des allongements hypertrophiques simples ou des hypertrophies inflammatoires du col. Mon intention était d'attendre, si les circonstances ne m'avaient forcé la main, que j'eusse un plus grand nombre d'observations à présenter à la Société de chirurgie.

Lorsque l'utérus est dans sa situation normale, *au fond du vagin*, on peut, pour éviter les difficultés opératoires, recourir à l'abaissement du col, ainsi que le faisait Lisfranc. Je n'ignore pas que la majorité des chirurgiens condamne aujourd'hui cette pratique et la juge dangereuse. Je n'ai pas eu, pour ma part, à m'en plaindre dans les quelques cas où j'y ai eu recours, l'utérus étant suffisamment mobile; mais je ne veux pas discuter ce point, parce que, jusqu'ici, je n'ai pas eu l'occasion d'amener le col à la vulve pour pratiquer l'amputation au moyen du thermo-cautère. Je rappellerai toutefois que M. Kœberlé ne pratique que dans ces conditions l'excision conoïde du col de l'utérus et, qu'au dire de son élève Reichardt, les résultats qu'il a obtenus dans une trentaine d'opérations sont des plus satisfaisants [1].

J'ajouterai que M. Kœberlé se sert également du thermo-cautère dans l'amputation du col utérin ; seulement il ne l'emploie pas comme moyen de diérèse (il pratique ses sections au moyen de l'instrument tranchant), mais comme moyen hémostatique.

Encouragé par les résultats que m'avait donnés le thermo-cautère dans les deux cas que je viens de signaler, je me suis demandé s'il ne me serait pas possible d'utiliser cet instrument pour les *amputations sur place* du col de l'utérus. J'ai fait cette tentative contre un cancer , que j'aurais abandonné à sa marche fatale, si je n'avais eu le thermo-cautère à ma disposition. Le col n'était pas très profondément envahi ; mais le néoplasme s'étalait assez largement dans les culs-de-sac et sur la paroi vaginale. Le pronostic est si grave en pareil cas que je me suis cru autorisé, en désespoir de cause, à une expérience un peu en dehors des règles habituelles.

Observation (*résumée*). — La nommée Duflos (Louise), journalière, âgée de 28 ans, entre à l'hôpital le 14 mai 1879.

Absence absolue de douleurs spontanées. Le toucher du col et le palper hypogastrique ne déterminent aucune douleur. Anémie prononcée, appétit variable. Le col est déformé et en partie détruit par une

[1] A. Reichardt, *Considérations sur l'amputation du col de l'utérus*, etc., thèses de Paris, 1878, p. 56.

ulcération à surface bosselée, dure, saignante, à bords irréguliers, qui occupe les deux tiers gauches de la lèvre antérieure et commence à envahir, dans une étendue de plusieurs centimètres, la paroi vaginale en avant et à gauche, de sorte que les culs-de-sac antérieur et latéral gauches participent à la dégénérescence. La lèvre postérieure a conservé, dans une certaine étendue, l'aspect normal. Le vagin renferme un peu de muco-pus blanc-roussâtre, à odeur fétide caractéristique.

Le 17 *mai*. — Extirpation des parties envahies par la tumeur. La malade refuse la chloroformisation. Elle est placée sur son lit, en travers, dans le décubitus latéral gauche, les cuisses fléchies sur le tronc, la droite plus fortement que l'autre, de façon à découvrir l'orifice vulvaire. Le col et le fond du vagin sont mis à découvert au moyen de deux valves de Sims, confiées chacune à un aide. Le chirurgien saisit la portion malade de la lèvre antérieure et la fixe, plutôt qu'il ne l'attire, au moyen d'une pince de Museux courbe, tenue de la main gauche. De la droite il se sert du couteau-cautère Paquelin, porté au rouge sombre, pour creuser autour de la portion malade une rigole qui l'isole des parties voisines saines; puis, au moyen cette fois du couteau-cautère courbe, il achève d'exciser cette portion.

La même opération est répétée pour la partie dégénérée de la lèvre postérieure. On détruit ensuite, en les cautérisant avec le cautère nummulaire, les portions de tumeur qui ont envahi les culs-de-sac antérieur et latéral gauches, de façon à produire une eschare profonde. L'écoulement sanguin, pendant ces diverses manœuvres, fut très peu considérable; il était dû exclusivement au tiraillement de la tumeur par les pinces à érignes. Un aide épongeait avec des bourdonnets d'ouate montés sur une pince. Ce léger écoulement n'a jamais empêché le thermo-cautère de fonctionner. La malade n'a éprouvé de douleur que pendant la cautérisation des culs-de-sac.

Irrigation froide dans le vagin; tampon de coton imbibé de glycérine phéuiquée; applications froides sur l'abdomen pendant 24 heures.

Les suites de l'opération sont simples, sauf un léger écoulement sanguin le 20 et le 22.

Le 26. État général excellent. La malade reprend des couleurs. Les eschares sont éliminées. La plaie offre une surface bourgeonnante d'une coloration rosée semblable à celle des parties saines du vagin.

Le 10 juin. On applique le spéculum. Voici ce qu'on aperçoit au fond du vagin : Au centre se trouve une anfractuosité couverte de glaires, représentant la cavité du col. En avant et en arrière, on voit les surfaces de section des lèvres cicatrisées. En haut du vagin, sur la partie latérale gauche, se trouve encore une petite surface, d'un centimètre carré environ, non cicatrisée, saignante.

On se propose pour le lendemain de porter le thermo-cautère sur ce point, mais la malade ne veut pas accepter la cautérisation et sort le jour même.

Le 17 juillet, la malade rentre. Elle a des métrorrhagies et éprouve par moment des douleurs sourdes dans les aines et les reins. Grande pâleur, un peu de constipation; fonctions digestives assez bonnes.

Examen avec les valves de Sims. La partie latérale gauche du col et le cul-de-sac gauche présentent des bosselures ulcérées, à bords irréguliers, saignantes. Le vagin est rempli d'un liquide roussâtre à odeur fétide. On cautérise au chlorure de zinc.

On se propose de détruire avec le thermo-cautère la tumeur récidivée, mais la malade refuse et sort sur sa demande.

J'ignore ce qui serait advenu si la malade m'avait laissé poursuivre mon œuvre, et je ne sais si j'aurais abouti à une cure complète; en tout cas, il ne pouvait rien lui arriver de pire que sa situation actuelle : elle est aujourd'hui mourante dans mon service. Grâce au thermo-cautère, nous avions obtenu, sans risques et sans accidents, une amélioration que nul autre procédé ne pouvait donner plus prompte. Deux petites brûlures superficielles des parois vaginales, une autre à l'entrée de la vulve, qui n'ont jamais empêché l'exploration pendant les jours qui ont suivi l'opération, tels ont été les seuls inconvénients du procédé. On les éviterait facilement avec des valves en bois, un peu plus larges que les valves de Sims, excepté à l'extrémité qui embrasse le vagin dans le voisinage du col. En tout cas, nous sommes bien loin des brûlures étendues et des gangrènes qui ont été reprochées au thermo-cautère dans le cours de la discussion.

Du reste, habitué à l'emploi journalier du thermo-cautère contre un certain nombre d'affections chirurgicales, cherchant sans parti pris dans l'étude des faits quels peuvent être les indications, les avantages et les inconvénients de l'usage de cet instrument, je suis étonné d'entendre si souvent parler de ses méfaits. Il serait bon, dans les discussions de ce genre, d'apporter des observations détaillées, qui permissent une appréciation équitable; car, je le répète, une méthode ou un procédé opératoire ne doit pas être rendu responsable des inconvénients qu'entraîne une application fautive.

Pour me résumer, je n'ai nullement l'intention de préconiser l'usage du thermo-cautère pour tous les cas d'amputation du col utérin; mais je demande que la question reste réservée, jusqu'à plus ample informé. Il suffit qu'une bouche, habituellement autorisée, accuse ceux qui pratiquent cette opération de manquer d'expérience de l'instrument et de l'organe en question, pour qu'un grand nombre de praticiens considère la cause comme entendue. En présentant à la Société de chirurgie des résultats que je juge en contradiction avec cet arrêt, j'ai l'espoir de rencontrer parmi mes collègues l'accueil favorable qu'ils accordent, d'ordinaire, à ceux qui recherchent consciencieusement la vérité scientifique.

M. Desprès. Je ne puis laisser passer sans protester la forme et

le fond de la communication de M. Faucon. Ce n'est pas avec trois observations incomplètes, qu'un de nos correspondants de province, dont la pratique est infiniment plus limitée que la nôtre, peut venir dire que si le thermo-cautère est mal jugé, c'est parce que l'on ne sait pas s'en servir.

Communication.

Sur la rétention de la salive parotidienne,

Par M. Terrier.

J'ai l'honneur d'appeler un instant votre attention sur un fait de *Rétention de la salive parotidienne*, dont l'étiologie m'a paru quelque peu curieuse.

M. C..., 35 ans, jouissant d'une bonne santé, était à déjeuner lorsqu'il s'aperçut d'un gonflement graduel de la région parotidienne ; effrayé de cet accident, d'ailleurs à peine douloureux, M. C... vint aussitôt me consulter.

Je constatai, en effet, une tuméfaction très notable de la région parotidienne droite, tuméfaction se prolongeant un peu vers la joue et descendant jusqu'au-dessous de l'angle du maxillaire inférieur. Cette tumeur était rénitente, élastique, sans crépitation, presque indolente à la pression ; le malade n'accusait guère qu'une gêne assez forte en ouvrant la bouche, gêne un peu douloureuse en arrière de l'angle maxillaire. Je ne constatai pas de cordon dur sur le trajet probable du canal de Sténon. Pensant aussitôt à une rétention de la salive parotidienne, je fis ouvrir la bouche et je recherchai l'orifice du canal de Sténon. Cet orifice, blanchâtre, était occupé par un aphthe et semblait oblitéré, en ce sens qu'il ne s'écoulait pas de salive par son ouverture, ce qui avait lieu de l'autre côté. A l'aide d'un fin stylet, destiné au cathétérisme des points lacrymaux, j'essayai de pénétrer dans le canal de Sténon, mais une première tentative fut infructueuse et je fis un peu saigner la surface muqueuse dénudée par l'aphthe, dont je vous ai signalé l'existence. Une seconde tentative fut plus heureuse et je pénétrai à plus d'un centimètre dans le canal de Sténon, sans rencontrer le moindre corps étranger. A peine avais-je retiré mon stylet, que je vis la salive jaillir, en quelque sorte, du conduit et s'écouler en grande quantité dans la cavité buccale.

Peu à peu la tuméfaction parotidienne diminua, et au bout d'une heure, il ne restait plus rien de ce gonflement, sauf encore un peu de gêne vers l'angle du maxillaire inférieur.

Les accidents se reproduisirent encore un peu au moment du repas du soir, toutefois la tuméfaction fut beaucoup moindre et elle disparut rapidement. Il est probable que le conduit n'était pas oblitéré, mais insuffisant dans son débit.

Le lendemain, au déjeuner, il y eut encore un peu de gêne et de gonflement, mais ce fut tout, et depuis M. C... n'a plus eu d'accidents.

J'ai examiné M. C... 24 heures après ces premiers phénomènes de rétention salivaire, et j'ai de nouveau constaté la perméabilité du canal de Sténon, et l'absence de tout corps étranger dans son intérieur. Quant à l'ulcération aphtheuse, elle était en pleine voie de réparation, ce qui permettait de voir nettement l'orifice du canal salivaire parotidien.

Dans les *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*[1], on trouve déjà deux observations, l'une de Duphénix, l'autre de Maisonneuve, dans lesquelles une fistule du canal parotidien ayant été traitée par la compression de l'orifice fistuleux, il en résulta un gonflement de la parotide, gonflement qui acquit des proportions énormes dans le fait relaté par Maisonneuve, sans d'ailleurs amener d'accidents sérieux. Ajoutons que Duphénix nota, non seulement l'œdème parotidien, mais encore une sorte de suintement de liquide à travers les téguments de la région, suintement qu'il attribua à la transsudation de la salive accumulée dans les canaux et les lobules de la glande.

Boyer, dans son *Traité des maladies chirurgicales*[2], signale bien, dans l'obstruction et le rétrécissement du canal de Sténon, l'œdème de la région parotidienne et ajoute qu'en avant de cette région on observe aussi une tumeur, parfois énorme, due à la dilatation du canal de Sténon. Cet accident, dont il ne cite pas d'exemples, résulterait de la présence de concrétions, de calculs, de tumeurs bouchant ou aplatissant le canal excréteur de la parotide.

En 1847, M. Baillarger[3], dans un *Mémoire sur l'oblitération du canal de Sténon*, lu à l'Académie de Médecine, paraît avoir appelé l'attention surtout sur le suintement de la région parotidienne; d'ailleurs, ce mémoire n'a pas été publié et nous n'en connaissons que des extraits incomplets.

Quelques années plus tard, J.-F. Jarjavay s'occupa aussi de cette question dans son *Mémoire sur la dilatation des conduits*

[1] T. III, p. 431 et 452, 1757.
[2] T. VI, p. 281, 1818.
[3] *Bull. de l'Acad. de Méd.*, 20 avril, p. 590, et 27 avril, p. 621, 1847.

excréteurs des glandes [1] et rapporta un fait très intéressant qu'il avait observé à l'Hôtel-Dieu. Chez un jeune sujet, l'extirpation d'une tumeur de la joue détermina une fistule du canal de Sténon, puis, par suite du travail cicatriciel, ce canal fut en partie oblitéré ; de là, lors des repas surtout, tuméfaction de la région parotidienne et rougeur des téguments, qui devinrent humides et comme mouillés par « la condensation d'une vapeur aqueuse ». Il se développa une tumeur sur le trajet du canal du Stenon, tumeur formée par la dilatation de ce conduit par la salive, ainsi qu'on pût s'en convaincre par la ponction et l'analyse du liquide recueilli.

Jarjavay rappelle les cas de Duphénix, de Maisonneuve, de Baillarger et y ajoute deux observations de Vernhes (du Tarn)[2] et de Latour-Mauriac [3], qui se rapportent à des dilatations du canal de Sténon, dues, la première à un calcul de ce conduit, la seconde de cause inconnue. Quant aux faits de Louis [4] et de Demarquay, ils laissent trop à désirer pour qu'on puisse en conclure quelque chose de net.

Les auteurs du *Compendium de chirurgie* [5] insistent assez peu sur cette question, citent Boyer èt rapportent en résumé une observation curieuse de Bergouhnioux. Dans ce cas, il ne s'agit plus de plaie, d'obstruction, de rétrécissement du canal de Sténon. Le patient, docteur en médecine, convalescent d'un rhumatisme articulaire aigu, vit tout à coup la région parotidienne d'un côté se gonfler et devenir douloureuse pendant un repas. Ces accidents se reproduisirent plusieurs jours de suite, si bien que le malade ne prenait plus que des liquides pour éviter les douleurs. Peu à peu les symptômes s'amendèrent et tout rentra dans l'ordre, lorsque, deux mois après, survint une récidive du rhumatisme et de nouveaux phénomènes de rétention salivaires, mais non du même côté.

Bergouhnioux, d'ailleurs, ne relate pas seulement ce fait observé par Vigla, il s'occupe aussi d'une malade du service du professeur Nélaton, qui présentait une oblitération du canal de Sténon, suite de parotidite, et dont la joue se gonflait, rougissait, lors des repas; la peau se recouvrait d'une très légère rosée de liquide qui présentait la réaction acide de la sueur.

[1] *Mém. de la Soc. de chir.*, t. III, p. 492 et suiv., 1853.

[2] *Revue médicale*, t. IV, p. 395, 1830.

[3] *Arch. gén. de Méd.*, 1re série, t. VIII, p. 52, 1825.

[4] Cette observation n'est pas dans le premier mémoire de Louis, mais dans les *Nouvelles observations sur les fistules salivaires* ou *Mémoires de l'Acad. royale de Chir.*, vol. V, p. 263, 1774.

[5] *Rétention de la salive*, t. III, p. 798, 1852-1861.

[6] *Gaz. des Hôp.*, p. 202, 1859.

Depuis cette époque, malgré les quelques recherches que nous avons faites, les observations manquent, et nous ne trouvons plus qu'un fait de M. Martinet, communiqué à la Société de chirurgie, et qui fit l'objet d'un rapport de M. le professeur Verneuil[1]. Ce fait, d'ailleurs, rentre assez peu dans notre sujet, puisqu'il s'agit de l'ablation d'une tumeur adénoïde de la parotide, suivie d'une accumulation de pus et de salive dans le foyer traumatique chirurgical. Peut-être, cependant, cette accumulation s'est-elle faite, à un moment donné, par suite d'une oblitération temporaire du canal de Sténon, comme l'indique le rapporteur, M. le professeur Verneuil.

En résumé, dans les diverses observations qui précèdent, la rétention de la salive a succédé à des traumatismes, à l'oblitération mécanique du canal; jamais on n'a observé que la petite lésion, en présence de laquelle nous nous sommes trouvés, soit un aphthe de la muqueuse, situé juste au niveau du point d'abouchement du canal de Sténon dans la cavité buccale. D'autre part, les accidents de rétention de la salive ont donné naissance à un œdème parotidien dur, parfois douloureux, comme dans le fait que nous avons vu ; mais, en outre, dans quelques cas, on aurait observé une sorte de transsudation de liquide à la surface cutanée, transsudation de la salive pour les uns, parmi lesquels on peut citer le professeur P. Bérard[2] et M. Baillarger ; simple exagération de la sécrétion sudorale pour d'autres, en particulier, Bergouhnioux et Brown-Séquard[3]. Cette *éphidrose* ne s'est pas montrée dans notre observation.

Tel est, Messieurs, le fait que je crois unique jusqu'ici et sur lequel j'ai attiré votre attention. En terminant, je vous dirai qu'on peut le rapprocher de deux observations de M. le professeur Richet, dans lesquelles un exsudat inflammatoire bouchait l'ouverture du canal de Warthon et déterminait une rétention de la salive dans le canal et dans la glande sous-maxillaire[4].

Discussion.

M. DESPRÈS. J'ai observé, l'année dernière, un fait semblable. C'était chez un garçon marchand de vin, âgé de 23 ans. Dans le cours du traitement d'une blennorrhagie, il s'était aperçu que la joue gauche gonflait au moment de chaque repas, et que ce gonflement ne cessait qu'une heure après. Je fis manger ce garçon

[1] *Bulletin et mém. de la Soc. de chirurgie*, t. V, p. 11, 1879.
[2] *Cours de physiologie*, t. I, p. 702, 1848.
[3] *Journal de la physiologie de l'homme*, t. II, p. 447, 1859.
[4] Onésime Buffard, *Sur deux cas de grenouillette aiguë observés à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. le professeur Richet*, Thèse de Paris, nº 126, 1880.

devant moi, et, à la première bouchée, le gonflement parut : il occupait la région parotidienne, qui était tuméfiée, sans que la pression fît éprouver de douleurs. Ayant présente à l'esprit la théorie des oreillons proposée par M. Bouchut, j'examinai de suite l'orifice du canal de Sténon du côté gauche, et je constatai qu'il était très rétréci et que la salive suintait difficilement. Mon parti fut pris de suite : avec un stylet très fin que je possède, je fis le cathétérisme. La salive sortit alors en assez grande abondance. J'introduisis le stylet à une profondeur de 2 centimètres sans rencontrer d'obstacle. Tous les deux jours, le malade revint à la consultation, et au bout de six semaines, le gonflement de la glande parotide cessa d'être aussi marqué. J'ai revu le malade cette année; il ne restait rien de son ancienne maladie. Il nous a dit qu'avec le temps, tout était rentré dans l'ordre. Il serait très possible qu'il y ait eu une aphthe passagère, qui aurait alors causé un rétrécissement de l'orifice du canal de Sténon.

M. Le Dentu. J'ai observé deux fois des malades présentant des phénomènes analogues à ceux du malade soigné par M. Terrier. Je ne doute pas que, dans beaucoup de cas, il y ait une oblitération du canal; mais il y a aussi des cas où on ne peut la constater. Chez l'un de mes malades, qui avait une rétention intermittente de la salive, le stylet pouvait être poussé à une grande profondeur sans rencontrer ni calcul, ni oblitération. Chez l'autre malade, je n'ai pas pu, non plus, me rendre compte de l'obstacle au cours de la salive. Il y a donc des cas où il est impossible d'arriver à une solution relativement à la cause de ces phénomènes.

M. Verneuil. En faisant abstraction des causes d'obstruction, il faut admettre une autre cause qui est fréquente : c'est le spasme du canal de Sténon. On sait qu'il y a autour de ce canal une couche musculaire assez puissante pour projeter la salive, lorsqu'elle se contracte. Il peut bien se faire que cette couche musculaire puisse oblitérer le canal, lorsqu'elle se contracte spasmodiquement. Ce spasme peut céder sous l'influence de l'introduction d'un stylet; mais dès que celui-ci est retiré, le spasme revient. Je trouve même, dans la présence d'une aphthe sur l'orifice du canal de Sténon, une confirmation de cette hypothèse ; car on sait que la contracture des sphincters succède souvent aux ulcérations qui siègent sur les orifices naturels. J'ai déjà énoncé cette hypothèse du spasme à propos de mon rapport sur le mémoire de M. Martinet. J'ai observé cette année, dans mon service, un malade chez lequel une fistule salivaire était certainement entretenue par la persistance d'un spasme de l'orifice du canal de Sténon. Au moment du repas, en particulier, la salive s'écoulait en telle abon-

dance qu'un tube à essayer les urines en était bientôt rempli. Je m'étais assuré que dans ce cas il n'y avait pas d'obstacle dans le canal.

Enfin, j'ajouterai qu'il y a des sujets chez lesquels le cathétérisme du canal du Sténon est très facile ; d'autres chez lesquels on ne peut y arriver.

M. Trélat. Il y a des cas où l'on peut rester pendant longtemps dans l'incertitude sur la cause de la rétention de la salive dans la glande parotide ; puis un beau jour, cette cause se découvre par hasard. Il y a 15 ans, un de mes amis, alors âgé de 45 ans, eut dans sa santé des troubles divers, qui donnèrent lieu à des diagnostics différents. Consulté à mon tour, je constatai un peu d'empâtement dans la région parotidienne droite. Pensant qu'il y avait une obstruction dans le canal de Sténon, j'introduisis un stylet avec lequel j'eus le bonheur de sentir quelque chose de dur. Je fis un débridement, et je trouvai deux petits calculs. Le malade fut aussitôt guéri des troubles qu'il ressentait. Il peut donc y avoir des cas où la cause de l'oblitération est un calcul en voie de formation lente.

L'hypothèse du spasme présentée par M. Verneuil est rationnelle ; mais il ne faut pas oublier que la glande parotide fonctionne à des moments spéciaux ; de telle manière qu'un malade, porteur d'une fistule, peut très bien ne pas avoir d'écoulement salivaire dans l'intervalle des repas, puis tout à coup, sous l'influence du repas et de la mastication, l'écoulement redevient abondant.

M. Terrier accepte l'opinion de M. Verneuil, qui pense que, dans certains cas, l'obstacle au cours de la salive est un spasme du canal excréteur.

Quant au fait de l'écoulement considérable de la salive au moment des repas, il rappelle que la sécrétion salivaire est intermittente, et que M. Colin, d'Alfort, a démontré que, chez les ruminants, la salive parotidienne ne s'écoule que pendant la mastication. Il y a quelque chose d'analogue chez l'homme, chez lequel les aliments excitent la sécrétion salivaire.

Rapport de M. Terrillon

Sur une observation de cystite survenue au début de la grossesse,

présentée par M. Cauvy (de Béziers).

Au nom d'une commission composée de MM. Houel, Nicaise, Terrillon, je viens vous parler d'une observation fort intéressante qui vous a été adressée par M. Cauvy (de Béziers).

Cette observation vient à l'appui d'une communication que j'ai faite moi-même, le 10 mars de cette année, sur la cystite du début de la grossesse. Il s'agit d'une femme de 21 ans, mariée depuis 5 mois, et qui demanda les soins de M. Cauvy pour une affection vésicale survenue dans le cours d'une grossesse datant de deux mois. Lorsqu'il vit la malade pour la première fois, elle se plaignait depuis quelques jours d'envies fréquentes d'uriner et de douleurs sus-pubiennes ; les urines étaient abondantes et ne présentaient aucune altération. Cette femme avait jusqu'alors joui d'une parfaite santé.

Malgré un traitement rationnel, au bout de 15 jours, les phénomènes s'étaient accentués; les urines étaient devenues troubles et exhalaient une odeur ammoniacale assez prononcée.

L'introduction de la sonde provoquait une vive douleur au niveau du col vésical; il n'y avait ni uréthrite, ni vaginite; l'utérus semblait dans une bonne situation. Enfin, la malade se plaignait de douleurs lombaires très vives et de vomissements assez fréquents.

Le repos, la belladone, l'opium furent employés en vain associés aux bains. Les envies d'uriner devinrent bientôt incessantes et accompagnées d'un ténesme vésical douloureux et durable.

Un mois après le début des accidents, se produisit un avortement qui n'eut aucune conséquence funeste.

Dès le lendemain, tous les accidents vésicaux, vainement combattus, diminuèrent. Ils cessèrent au bout de quelques jours. Ceci se passait le 1er décembre 1878.

L'influence de la grossesse sur les phénomènes de cystite (je dis *cystite*, puisque les urines étaient troubles et ammoniacales) était donc bien évidente; mais la fin de l'observation rendra ce fait encore plus net et plus frappant.

Quatre mois après cette fausse couche, cette même malade fit de nouveau rappeler M. Cauvy pour des troubles légers de la miction, tels que : envies fréquentes d'uriner, douleur assez vive après la miction, et douleurs sus-pubiennes, symptômes qu'elle n'avait éprouvés en aucune sorte depuis son avortement.

Cette dame se croyait de nouveau enceinte de près de 2 mois.

Les bains émollients, l'opium, le bromure de potassium furent immédiatement ordonnés, et après 15 jours de traitement, tous les accidents cessèrent.

Depuis cette époque, elle n'éprouva aucun phénomène du côté de la vessie. L'accouchement eut lieu à terme et sans encombre. Enfin, depuis cette époque, elle n'a cessé de se bien porter.

Cette observation prouve donc bien nettement que l'état de grossesse peut provoquer par lui-même des phénomènes d'irritabilité vésicale et même de cystite vraie, ainsi que je l'avais rappelé dans la communication que j'ai faite ici-même. Enfin, l'avortement survenu à la fin du 3e mois, dans le cours de cette cystite, tendrait à prouver que ces troubles de la vessie peuvent indiquer un état maladif de l'utérus ou des annexes, capable de se terminer par un avortement. Ce fait cependant serait tout à fait exceptionnel.

Cette observation a donc une véritable importance pour appuyer la conviction, qu'ont la plupart des chirurgiens, et qui leur fait admettre un rapport intime entre l'état de grossesse et l'affection vésicale.

La commission propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Cauvy, de déposer son observation dans les archives de la Société, et d'inscrire M. Cauvy sur la liste des candidats à la place de membre correspondant national.

Discussion.

M. Desprès ne trouve pas l'observation de M. Cauvy suffisamment probante pour faire admettre que la grossesse est une cause de cystite. Il renouvelle l'argumentation qu'il a déjà présentée pour repousser l'opinion de M. Terrillon, à savoir que la grossesse normale peut produire une cystite; et il fait appel à l'expérience de M. Tarnier pour éclairer cette question.

M. Tarnier répond que la cystite n'est pas très rare chez les femmes enceintes; et que, actuellement, il en observe deux cas.

M. Terrillon. M. Cauvy dit que sa malade n'avait jamais présenté le moindre phénomène morbide du côté de la vessie. Elle n'avait rien éprouvé de ce côté avant le deuxième mois de sa première grossesse. A ce moment, une cystite se développe. La femme avorte et la cystite disparaît. Cette femme redevient enceinte et la cystite reparaît. En présence de ce fait, il est impossible de nier que la grossesse soit une cause de cystite. Churchill, West et plusieurs autres auteurs ont signalé ces cystites ou ces *vessies irritables*, qui sont sous la dépendance de la grossesse.

Les conclusions de M. Terrillon sont mises aux voix et adoptées.

Présentation de pièce.

M. Le Dentu, présente une *tumeur maligne du lobe droit du corps thyroïde,* qu'il a enlevée le matin même. L'observation sera publiée dans une séance ultérieure.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 5 mai 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie* — Les *Archives de médecine.* — Le *Marseille médical.* — La *Revue médicale de l'Est.* — Le *Bulletin de thérapeutique.* — La *Revue médicale de Toulouse.* — Le *Journal de la Société de médecine de Caen.* — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger.* — La *Revue médicale de Strasbourg ;*

3° *British medical.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Le *Journal d'Athènes.* — La *Gazette de santé militaire.* — *Index medicus.* — Le *Journal de la Société de New-York;*

4° *Note sur la durée du traitement des fractures,* par M. Dubrueil, de Montpellier (lecture de ce travail sera faite dans une des prochaines séances);

5° *De l'aspiration dans l'articulation du genou,* par M. Marey, de Cambridge (candidat au titre de membre correspondant);

6° *Plusieurs mémoires* adressés par M. Sandes, professeur de clinique au collège des médecins et chirurgiens du New-York hospital, comme candidature au titre de membre correspondant.

A propos du procès-verbal.

M. Le Dentu. J'ai présenté, dans la dernière séance, sous le nom de cancer du lobe droit du corps thyroïde, une tumeur que

l'autopsie m'a démontré s'être développée non pas dans le corps thyroïde, mais dans des ganglions voisins. La tumeur était de nature maligne et appelait, pour ainsi dire, l'opération par sa mobilité et la netteté de ses limites, bien qu'elle englobât l'extrémité inférieure du sterno-mastoïdien. Avant de me décider à intervenir, j'avais pensé à un cancer primitif des ganglions; mais j'avais rejeté ce diagnostic surtout en raison de la rareté excessive du cancer primitif dans les ganglions lymphatiques. J'avais pensé encore à un cancroïde du pharynx ou du larynx et à une dégénérescence consécutive des ganglions. Mais l'examen du pharynx et du larynx au laryngoscope ne m'ayant rien fait découvrir, je me suis rallié au diagnostic de cancer du lobe droit du corps thyroïde.

L'opération a présenté quelques difficultés, parce que la veine jugulaire interne traversait la tumeur. Je dus la lier au-dessus et au-dessous de celle-ci, et la couper. Je dus, en outre, disséquer l'artère carotide primitive qui longeait le bord externe de la tumeur. Enfin, l'opération terminée, je pensai avoir enlevé tous les tissus malades.

La mort est survenue à la suite d'accidents particuliers. Pendant la chloroformisation, le patient eut des troubles et des intermittences des battements du cœur. Je fis modérer aussitôt la quantité de chloroforme, si bien que l'anesthésie n'était pas complète pendant l'opération. Ces troubles cardiaques persistèrent après l'opération et les jours suivants. Il se déclara une espèce d'asystolie qui emporta le malade le 5e jour. Il y avait de l'emphysème au cou et à la poitrine; mais il ne s'agissait pas là d'un emphysème infectieux; c'était seulement l'infiltration d'air qui accompagne souvent les plaies du cou.

A l'autopsie, nous n'avons pas trouvé d'abcès métastatiques. Le cœur contenait des caillots volumineux et présentait les lésions d'une endocardite ulcéreuse commençante. La tumeur était intimement liée au lobe droit du lobe thyroïde. Mais ce lobe n'était pas le siège du néoplasme. En ouvrant le larynx, j'ai trouvé sur sa paroi droite une ulcération épithéliomateuse, qui avait été masquée pendant mon examen au laryngoscope. Cette ulcération était le point de départ d'une dégénérescence ganglionnaire qui formait la tumeur que nous avons enlevée.

Je signalerai, en outre, chez ce sujet, une anomalie dans le trajet des nerfs pneumogastriques. Ces nerfs passaient, des deux côtés, en avant de l'artère carotide primitive; de sorte que, pendant ma dissection de l'artère, j'ai côtoyé le nerf pneumogastrique droit. Mais ce danger doit être extrêmement rare, car cette

anomalie dans la position du nerf pneumogastrique n'a pas été signalée jusqu'à présent.

Ce fait montre qu'il est extrêmement difficile de faire le diagnostic d'une tumeur ganglionnaire secondaire au cou, lorsque l'examen du pharynx et du larynx ne fait pas découvrir le point de départ de la maladie.

M. Cruveilhier dit qu'il a vu, dans le courant de l'année dernière, une tumeur ganglionnaire consécutive à une ulcération de l'œsophage. Mais, dans ce cas, les ganglions tuméfiés ne pouvaient être confondus avec une tumeur du corps thyroïde.

M. Perrin ne pense pas que le cancer primitif des ganglions soit tout à fait aussi rare que M. Le Dentu le dit. Il a eu l'occasion d'en observer un cas non douteux, dans lequel le malade a succombé à la cachexie.

M. Desprès a vu aussi un cancer des ganglions du cou qui avait été pris pour une adénite chronique. Il y a, dit-il dans les bulletins de la Société anatomique un ou deux faits analogues à celui que M. Le Dentu vient de présenter.

Communication

par M. Verneuil.

Corps étranger volumineux introduit par l'anus, arrêté et solidement fixé à la partie supérieure du rectum. — La parotomie médiane permettant de mobiliser le corps étranger et de le pousser de haut en bas. — Extraction par l'anus, d'abord très laborieuse, mais facilitée par la rectotomie linéaire. — Plaie de l'abdomen réunie par première intention, et recouverte du pansement de Lister-Guérin. — Plaies rectales traitées par les injections antiseptiques réitérées. — Guérison sans accident.

Pierre Chouard, 45 ans, de taille moyenne, de forte constitution, marié et père de famille, a passé douze ans dans les colonies, où il a contracté à deux reprises différentes une dyssenterie grave. Soldat en 1870, il fut prisonnier en Allemagne, où, sous l'influence du froid et des privations, il fut atteint de nouveau d'une diarrhée qui dura trois mois. Les selles, fréquentes, peu abondantes, renfermaient le plus souvent un peu de sang et des matières glaireuses.

Cet état fut suivi, quelques mois plus tard, d'une incontinence des matières fécales s'exagérant surtout au printemps et à l'automne, et d'autant plus prononcée, que les matières avaient moins de consistance; les fèces solides elles-mêmes s'échappaient par l'anus quand le patient

faisait quelque effort un peu énergique. Le linge était habituellement taché par un mélange de muco-pus et de liquides stercoraux.

Très incommodé par cette infirmité qui l'empêchait de se présenter au dehors et le gênait dans son travail, Chouard imagina de boucher l'anus avec une boule de bois entourée de linge qu'il introduisait dans le rectum ; un bout de linge restait au dehors pour permettre l'extraction facile du tampon solide. C'était, de coutume, la femme du patient qui plaçait et ôtait le corps étranger. Peu à peu l'anus se dilata considérablement, et il fallut augmenter sans cesse le volume du bouchon rectal.

Le 16 avril, Chouard travaillant dans une forêt et devant soulever de lourds fardeaux, voulut procéder à l'oblitération anale habituelle; malheureusement, manquant de linge, il se contenta de couper un tronçon de bois de merisier, qu'il arrondit par une extrémité pour faciliter l'introduction, et auquel il laissa même son écorce, à la vérité assez lisse. L'expédient réussit et l'occlusion fut obtenue. Le soir, cependant, le cylindre ligneux, remontant peu à peu, quitta la région anale pour se porter dans l'ampoule rectale. En vain le patient fit des efforts de défécation; le bouchon resta immobile, empêchant toute évacuation et jusqu'à l'expulsion des gaz, pourtant sans déterminer une grande douleur. Les choses restèrent ainsi jusqu'au mercredi suivant, 21 avril. Mais les souffrances survenaient, la rétention complète continuait, les urines elles-mêmes étaient difficilement rendues ; c'est pourquoi Chouard alla consulter un médecin. Celui-ci reconnut sans peine le corps étranger à une petite distance de l'anus et, pendant deux heures, fit toutes sortes de tentatives d'extraction. Non seulement il causa beaucoup de douleurs, provoqua une hémorrhagie assez forte et n'obtint aucun résultat, mais il amena même une aggravation du mal, car, à un moment, il fit remonter le corps étranger qui devint inaccessible. Devant son impuissance, il conseilla au patient de se rendre à Paris.

Chouard partit le 22 et alla trouver M. le Dr Dubrisay, qui me l'envoya le lendemain 23. Je fis l'admission sans me douter de la gravité du cas, car le malade venait à pied me présenter lui-même sa lettre et paraissait à peine souffrir.

Je ne fis donc pas l'examen ce jour-là.

Le lendemain 24 avril, à la visite du matin, M. Brucher, interne du service, me mit au courant des antécédents, et me présenta le modèle du corps étranger taillé dans du papier par le malade lui-même. Nous explorâmes en vain la cavité rectale. Bien qu'elle fût très spacieuse et très dilatable, et que le périnée n'opposât point de résistance, nous ne pûmes atteindre par cette voie le corps en question; en revanche, en déprimant la paroi abdominale antérieure, nous trouvâmes une saillie profonde, dure, un peu douloureuse au toucher, à gauche de la ligne médiane et du promontoire sacro-vertébal. Le ballonnement du ventre, assez prononcé déjà, et la sensibilité à la pression rendaient cette exploration malaisée; cependant nous ne doutâmes nullement de l'existence, en ce point, du cylindre ligneux.

L'indication était formelle, mais les moyens de la remplir étaient moins évidents et j'éprouvai le besoin d'y réfléchir.

Aucune tentative n'ayant été faite pour provoquer l'expulsion spontanée, je crus pouvoir essayer quelque chose; je prescrivis donc un purgatif léger, un bain et de larges cataplasmes sur le ventre. J'étais d'autant plus autorisé à attendre que les accidents n'étaient pas pressants. Il y avait des coliques assez fortes de temps à autre, une absence complète d'évacuations solides, liquides et gazeuses, mais point de nausées ni de vomissements, point d'altération des traits, ni augmentation ni diminution de la température; la miction était un peu gênée et les envies d'uriner plus fréquentes, mais il n'y avait aucune menace de rétention; les douleurs du côté de la cavité rectale étaient presque nulles.

Les prescriptions anodines restèrent sans effet. Le purgatif augmenta les coliques et provoqua des vomissements bilieux, assez abondants, de sorte qu'ayant, le 26 au matin, retrouvé les choses au même point, il fallait sans remise et sans hésitation procéder à l'opération.

Voici le plan que j'avais conçu :

N'arrivant pas même à atteindre par le toucher rectal le corps étranger, que je croyais déjà logé dans l'S iliaque, je ne songeai point à procéder par les voies naturelles. Sans doute, en pratiquant la rectotomie linéaire comme acte préparatoire, j'aurais pu gagner quelques centimètres, mais il ne m'en aurait pas moins fallu manœuvrer à une grande profondeur, en pleine cavité abdominale, et courir la chance, avec mes instruments, conduits et maniés à l'aveugle, de perforer les parois intestinales, qui déjà peut-être étaient ramollies, enflammées ou ulcérées.

Je prévoyais encore à l'extraction directe un obstacle provenant de la paroi du rectum. En effet, si l'anus était large et extensible, si l'ampoule rectale était spacieuse, la cavité de l'intestin diminuait considérablement au-dessus de cette dernirée, obstruée qu'elle était par un gonflement œdémateux ferme et résistant de la muqueuse.

Je pus me convaincre peu de temps après de l'exactitude de mes prévisions. En supposant même que j'aie pu saisir, plus ou moins facilement, le corps étranger, j'avais grand' peur en l'attirant en bas de vive force de rompre les attaches de l'intestin ou de déchirer sa paroi elle-même. En un mot, me représentant, d'une part, les difficultés, je dirai presque l'impossibilité, de l'extraction par les voies naturelles, et de l'autre, les dangers de produire des désordres graves avec ou sans réussite immédiate, je crus moins exposer la vie du patient en allant tout droit chercher le corps étranger où il était, c'est-à-dire, en ouvrant la cavité du ventre.

Voici, du reste, comment je comptais procéder : inciser la paroi abdominale sur la ligne médiane dans la région hypogastrique, reconnaître le corps étranger et l'amener au dehors avec le segment de l'intestin qui le renfermait et que je croyais être l'S iliaque du côlon, fixer temporairement l'anse intestinale au dehors et l'isoler autant que possible de la cavité abdominale, pour éviter toute introduction de ma-

tière intestinale dans le péritoine, ouvrir l'intestin suivant son axe longitudinal et dans la moindre étendue possible pour en faire sortir le corps étranger, prendre suivant l'état anatomique de la paroi intestinale l'un des partis suivants : 1° en cas d'intégrité, recoudre la plaie avec le catgut par le procédé de Lembert, réduire l'anse et refermer l'incision abdominale ; 2° en cas d'altération des tuniques intestinales, établir un anus contre nature qu'on aurait fermé quelque temps après, dès que les accidents auraient totalement disparu.

Je me mis à l'œuvre aussitôt, ayant pour m'assister, outre mon personnel ordinaire, deux de mes collègues : M. Polaillon, mon voisin à la Pitié, et M. Lucas-Championnière. Tout l'appareil instrumental, ainsi que les mains de mes aides et les miennes, avait été soigneusement lavé à la solution phéniquée forte. Un pulvérisateur à l'alcool projetait sur la région abdominale un nuage de vapeurs phéniquées.

La vessie étant reconnue et vidée par le cathétérisme, je fis à la région hypogastrique une incision de 6 centimètres sur la ligne médiane de préférence, parce que j'étais sûr de ne rencontrer là ni vaisseau important ni muscles, et d'obtenir aisément la réunion immédiate. J'espérais, d'ailleurs, atteindre sans peine le corps étranger, qui était proche de cette ligne médiane, et amener facilement jusque-là l'S iliaque du colon.

Le ventre ouvert, je portai aussitôt deux doigts de ma main gauche à la recherche du corps étranger, que je trouvai sur-le-champ, et auquel, à travers l'intestin qui le contenait, je reconnus aussitôt la forme et les dimensions qui avaient été préalablement indiquées par le malade. En revanche, grande fut ma surprise, quand je constatai sa situation exacte et ses rapports.

Donnons d'abord, pour l'intelligence de ce qui va suivre, quelques détails anticipés sur la forme et les dimensions du corps étranger. Il s'agissait d'un cylindre de bois de merisier très régulier, de 8 centimètres de long, et de 6 centimètres de diamètre ; l'une des extrémités était coupée perpendiculairement à l'axe, l'autre arrondie et rendue mousse pour faciliter l'introduction. La surface était lisse, encore recouverte d'écorce. Le bois récemment coupé était lourd et dur.

Quant à la situation, au lieu d'être dans l'S iliaque, le corps étranger occupait la partie la plus élevée du rectum qu'il remplissait complètement. Il y était placé de façon que son extrémité arrondie, tournée directement en avant, proéminait dans la cavité abdominale au niveau du détroit supérieur, tandis que l'extrémité coupée carrément reposait sur la symphyse sacro-iliaque. En d'autres termes, le grand axe du cylindre était presque horizontalement dirigé d'arrière en avant et de bas en haut. Ajoutons que ce cylindre était solidement fixé dans cette situation et paraissait tout à fait immobile ainsi que le rectum qui le contenait.

Cette constatation, on le conçoit, mettait à néant tout mon plan opératoire, car il était impossible d'amener au dehors et d'y ouvrir le segment d'intestin renfermant le corps étranger. Inutile de dire que

je ne songeai pas un instant à inciser le rectum *in situ*, c'est-à-dire, au niveau de son attache supérieure, car, en dépit de toutes les précautions et devant faire une ouverture énorme, j'aurais vu les matières stercorales et les gaz qui distendaient le tube intestinal faire irruption dans la cavité péritonéale.

Dans ma perplexité et cherchant s'il ne serait pas possible de faire remonter le corps étranger jusque dans l'*S* iliaque, je l'ébranlai en divers sens en prenant, j'ai à peine besoin de le dire, le plus grand soin pour ne pas confondre la paroi intestinale. Après quelques minutes d'essais infructueux, je fus assez heureux pour changer la position du cylindre et le remettre dans l'axe du rectum; en même temps, il me sembla que je l'avais fait descendre de quelques centimètres. M. Lucas-Championnière, à ma demande, s'assura par le toucher rectal que le corps étranger était, en effet, descendu, et qu'on pouvait atteindre assez aisément sa grosse extrémité.

Dès lors je changeai de plan opératoire. Ne voulant point reporter dans le péritoine mes doigts souillés de matières fécales, je confiai à M. Polaillon le soin de pousser le corps étranger de haut en bas, tandis que j'essaierais de pratiquer l'extraction par l'anus.

Pour agir plus commodément, j'agrandis d'abord la plaie hypogastrique qui ne permettait guère que l'introduction de deux doigts, et lui donnai 10 centimètres d'étendue, afin que la main toute entière pût aisément pénétrer dans le ventre. Quelques anses d'intestin grêle, qui tendaient à s'échapper, furent réduites et maintenues par un aide, puis M. Polaillon introduisit dans la cavité abdominale et dans l'excavation pelvienne sa main gauche, au préalable soigneusement lavée à l'eau phéniquée et qui remplissait assez exactement la plaie de la paroi. Des compresses imbibées d'eau phéniquée furent disposées tout autour du poignet de mon confrère, de sorte que la cavité ne subit que très peu le contact de l'air. D'ailleurs, pendant tout ce temps, le pulvérisateur ne cessa pas de fonctionner.

Toutes ces précautions prises, je me plaçai à mon tour sur une chaise en face de la région anale, et je reconnus de nouveau le corps étranger. Son axe n'était pas encore parallèle à l'axe du corps, mais bien à la face antérieure du sacrum, de sorte qu'il se présentait, non par toute la surface de sa grosse extrémité, mais seulement par la demi-circonférence antérieure de celle-ci, c'est-à-dire, par une arête tranchante; l'autre extrémité répondait à la face postérieure de la symphyse du pubis.

Je m'attendais si peu, j'en dois convenir, à faire l'extraction par les voies naturelles, que j'étais fort médiocrement outillé; je n'avais à ma disposition que des tenettes à taille et des pinces de Museux. Les tenettes articulées ne devaient me servir à rien, parce qu'elles ne pouvaient s'ouvrir assez largement pour pouvoir saisir le corps latéralement, et que, d'avant en arrière, elles glissaient sur la saillie angulaire, qui seule se présentait libre dans la cavité rectale. Il m'aurait fallu un petit forceps, comme on l'a employé plus d'une fois avec succès dans des cas de ce genre.

Je fus plus heureux avec les pinces de Museux. A plusieurs reprises, en effet, je pus à leur aide saisir le bout angulaire par lequel s'offrait le corps étranger et exercer une traction assez énergique. Malheureusement, sur la coupe, le bois étant fort dur, les griffes n'y pénétraient pas; elles n'entraient que dans l'écorce qui tapissait le côté antérieur de l'angle, de façon que, lorsque la traction devenait un peu énergique, l'écorce se déchirait, et la pince dérapait. Je renouvelai à diverses reprises l'expérience, et, une fois entre autres, ayant combiné mes efforts avec ceux de M. Polaillon, nous fîmes d'un seul coup descendre de près de trois centimètres le cylindre qui, en même temps, présenta presque en entier la section perpendiculaire de sa grosse extrémité. Cette évolution était favorable, mais, en revanche, elle ne me permettait plus de me servir des pinces de Museux.

J'envoyai alors chercher chez le menuisier de l'hôpital une vrille à bois, voulant m'en servir comme d'un tire-fond; mais le bois étant très dur, la vrille n'y pénétrait pas, bien que je pressasse très fort, et M. Polaillon, qui soutenait cette pression, avait grand'peine à empêcher le corps de remonter dans le rectum. J'abandonnai cette tentative qui ne me donnait rien de bon.

J'eus alors recours à un autre artifice. Ayant désarticulé mes tenettes droites, je pris une des branches, je parvins non sans peine à la glisser entre le corps étranger et la paroi antérieure du rectum, et agissant comme avec le levier dans l'accouchement, je tentai à la fois de faire basculer le cylindre et de l'attirer en bas. Je crus avoir ainsi obtenu quelque chose, et je renouvelai l'essai en introduisant cette fois la cuiller de la tenette le long de la paroi postérieure du rectum.

Je devais prendre dans cette manœuvre certaines précautions, surtout en avant, car si j'avais trop écarté mon levier de l'axe du rectum, et si je lui avais fait prendre un point d'appui sur le bord inférieur de l'arcade pubienne, j'aurais pu écraser l'urèthre. Plus haut, j'étais exposé à contondre la prostate et, plus bas, le bulbe uréthral. Force m'était donc d'exécuter, en même temps qu'un mouvement de bascule modéré, une traction directe suivant l'axe du petit bassin. Les dents de la tenette mordaient l'écorce du cylindre et l'arrachèrent plusieurs fois. Cependant, après une demi-douzaine d'introductions, j'avais fini par amener mon corps étranger à 6 centimètres environ de l'orifice anal.

J'avais pu, dans cette migration laborieuse, constater précisément l'obstacle apporté par la tuméfaction de la paroi rectale, qui arrêtait d'autant plus aisément le cylindre que celui-ci se présentait par son bout coupé carrément et par une circonférence presque tranchante. Je dois dire incidemment que, deux ou trois fois, j'essayai d'introduire ma main droite entière dans la cavité rectale, pour chercher à saisir directement le corps; je n'y réussis jamais, justement parce que la paroi rectale était si étroitement appliquée sur le bois, que je ne pouvais interposer entre eux le moindre de mes doigts, qui, cependant, ne sont pas très volumineux.

J'ai dit qu'après une demi-heure d'efforts, nous avions conduit notre

corps étranger jusqu'à l'entrée supérieure de l'ampoule rectale. On eût pu croire que tout était fini, mais pas du tout : la descente semblait arrêtée. Voulant autant que possible abréger cette longue séance, je me résolus à faire la rectotomie linéaire.

En conséquence, le malade ayant été placé sur le côté gauche, la cuisse droite fléchie à angle droit, je fis en quelques minutes avec le thermo-cautère sur la ligne médiane une section allant de la commissure anale postérieure jusqu'à la pointe du coccyx. Ce débridement me donna sur-le-champ beaucoup de jour, et facilita tellement les manœuvres (continuées d'ailleurs avec la branche de la tenette) que, quelques minutes après, je tenais dans ma main et montrais à l'assistance le corps du délit.

Aussitôt après la rectotomie et l'introduction du levier, une certaine quantité de gaz infect et de matières liquides s'était échappée déjà; mais lorsque le bouchon ligneux fut extrait, l'anus donna passage à un véritable torrent de matières fécales d'une fétidité insupportable. Aussi mon premier soin fut-il de pousser à une grande hauteur dans la cavité rectale une injection abondante d'eau froide immédiatement suivie d'une injection d'eau phéniquée à 4/100. Nous nous empressâmes également de laver tout le périnée, de changer les alèzes, et de désinfecter le plus possible le patient et le lit opératoire.

J'étais tellement fatigué de cette lutte violente, et ma main droite tremblait si fort, que je priai encore M. Polaillon, dont le secours m'avait été si précieux, et qui avait si bien secondé mes efforts, de vouloir bien encore exécuter la suture de la paroi abdominale.

On appliqua sur ce point trois sutures comprenant toute la paroi abdominale, et dans leur intervalle quatre sutures plus superficielles. Par-dessus fut placé un pansement de Lister, recouvert lui-même d'une couche d'ouate épaisse de 8 centimètres, solidement assujettie par un bandage de corps.

Pour la plaie périnéale et la cavité rectale, je voulais aussi faire un pansement antiseptique. C'est pourquoi j'introduisis dans la cavité rectale, jusqu'à 15 centimètres de profondeur, une sonde de caoutchouc rouge de 12 millimètres de diamètre, que je fixai à la marge de l'anus, par un point de suture traversant la sonde de part en part et comprenant une bonne épaisseur de parties molles. Par cette sonde devait être faite, toutes les deux ou trois heures, une injection avec 60 à 80 grammes d'une solution d'hydrate de chloral à 1 pour 100.

Je choisis de préférence cette substance, parce qu'elle jouit de propriétés antiseptiques très prononcées, et qu'elle ne m'exposait pas à un empoisonnement, comme j'ai eu l'occasion de l'observer après avoir employé l'acide phénique, dans un autre cas de rectotomie linéaire. L'absorption d'une certaine quantité de chloral ne m'effrayait nullement et pouvait, au contraire, être favorable en supprimant les douleurs et donnant à l'opéré un calme nécessaire après cette rude opération, qui avait duré près d'une heure.

Les suites en furent fort simples. Le malade, reporté dans son lit, se réveilla bientôt, mais n'accusa point de vives douleurs. La journée

se passa bien. Il n'y eut ni rétention d'urine, ni nausées, ni vomissement. Du bouillon et de l'eau rougie furent pris en abondance. On fit de deux heures en deux heures une injection chloralée, et plusieurs fois aussi, on nettoya soigneusement la région anale, souillée par des matières fécales. Il n'y eut pas d'hémorrhagie rectale. La température qui, au moment de l'opération, était à 37, monta le soir jusqu'à 39°,1.

La nuit fut calme et le sommeil profond.

Le lendemain 27, je trouvai mon opéré dans un état de somnolence continuelle dû à l'action du chloral, ce qui ne l'empêchait ni de comprendre mes questions ni d'y répondre. Il ne souffrait de nulle part et se disait très heureux d'être délivré de ses coliques et de ses besoins d'aller à la selle. Il demandait à boire et à manger. La peau n'était point chaude; le pouls, calme et régulier, allait à peine à 80 pulsations. La température était à 38°5. Les urines peu abondantes étaient très rouges et chargées d'urates.

A peine avais-je terminé mon interrogatoire, que Ch... était déjà endormi. Je fis diminuer un peu le nombre et la concentration des injections chloralées. Je permis des potages et du lait. Je laissai sans y toucher le pansement de Lister ouaté. Le même soir, le thermomètre descendait à 37°1.

Le 28, apyrexie complète; douleurs nulles; appétit vif. Le malade se considère comme guéri et l'exprime en termes très gais. La vérité est qu'il n'existe aucun symptôme alarmant.

Je ne suivrai pas jour par jour les progrès de la guérison, aucun incident notable ne s'étant présenté; pouls, température, digestion, sommeil, tout était aussi normal que possible.

Une selle abondante, demi-solide, eut lieu le 29; elle ne fut pas douloureuse.

Le pansement de la plaie abdominale fut laissé en place jusqu'au 6e jour; il fut alors levé pour permettre l'ablation des sutures. La réunion immédiate avait complètement réussi, sauf en un point d'où s'échappa tout au plus *une petite goutte de pus*. Je fis remettre une compresse de mousseline imbibée d'eau phéniquée et une plaque de ouate, et le lendemain, tout était fini de ce côté.

Le 5e jour la sonde de caoutchouc rouge s'était détachée, et nous crûmes pouvoir nous dispenser des injections antiseptiques intrarectales et nous contenter des irrigations anales. Mais trois jours après, le malade accusa de nouveau de la douleur dans le petit bassin et un sentiment assez vif de cuisson à l'anus. En même temps le thermomètre monta à 38°4. Nous prescrivîmes alors de faire deux injections chloralées par jour, avec la sonde de caoutchouc profondément introduite, et le surlendemain les symptômes locaux et l'élévation de température avaient disparu.

Dès le 10e jour je permis à Ch... de se lever et de se promener dans la salle. Sauf la plaie de la rectotomie, qui se cicatrisait à vue d'œil, on pouvait considérer la cure comme achevée. Chose remarquable, la dyssenterie et l'incontinence, qui au dire du malade l'avaient amené à s'introduire des corps étrangers, ont à peu près complète-

ment cessé. Les selles sont devenues relativement rares, ne s'effectuant que les 2 ou 3 jours; il a même fallu les favoriser un jour par l'administration d'un léger laxatif. Le catarrhe intestinal a cessé vers le 15e jour et la région anale n'est que rarement souillée par des matières muqueuses plus ou moins salies.

Il sera intéressant de voir plus tard ce qu'il adviendra des fonctions intestinales et de la contractilité du gros intestin.

Je demande à commenter brièvement quelques points de cette histoire.

Un mot d'abord sur le diagnostic du siège. On a vu quelle erreur j'avais commise et comment, l'ayant reconnue au cours de mon opération, il m'avait fallu changer instantanément de plan opératoire. Je me reproche de n'avoir pas fait tout le nécessaire pour m'assurer à l'avance de la situation précise du corps étranger et de son degré de fixité. J'y serais parvenu sans doute en introduisant par l'anus une sonde œsophagienne en argent terminée par une volumineuse olive, instrument dont je me sers souvent pour le diagnostic des rétrécissements du rectum. L'olive aurait heurté le corps étranger, et, m'indiquant exactement sa profondeur, m'aurait démontré qu'il n'avait pas encore quitté le rectum, comme je l'avais cru.

Il y aurait eu aussi un autre moyen, consistant à introduire ma main tout entière dans la cavité rectale, procédé fort usité de l'autre côté du Rhin, où, paraît-il, il donne des résultats surprenants. Je ne m'y arrêtai pas, parce que ce mode d'exploration est dangereux, même pratiqué par les mains délicates des Allemands.

Je reviendrai aussi sur les premières tentatives d'extraction qui, non seulement furent infructueuses, mais encore aggravèrent singulièrement le cas. Le praticien y mit deux heures, causa des douleurs intenses et une hémorrhagie assez abondante. Il n'avait pas, paraît-il, les instruments nécessaires; dès lors, il aurait dû abandonner plus tôt la partie ou faciliter la manœuvre par une opération préalable sans gravité. Je veux parler de la rectotomie linéaire qui, pratiquée quand le corps étranger était encore dans la région anale, eût rendu l'extraction très facile.

On a beaucoup de peine à faire comprendre à la majorité des praticiens que, loin de compliquer l'ablation des corps étrangers, les opérations préliminaires, et même la création des voies artificielles, en facilitent l'exécution et même en diminuent bien souvent les périls; et que, d'autre part, l'extraction par les voies naturelles constitue fréquemment une opération laborieuse et pleine de dangers, lors même qu'elle est primitivement couronnée de succès.

Les opérations adjuvantes et préliminaires sont d'une telle

importance que, dans le cas présent, je ne vois comment on aurait pu réussir sans leur concours. L'ouverture de l'abdomen seule m'a permis de mobiliser le corps étranger ; la rectotomie a notamment abrégé l'extraction. La rectotomie à la vérité n'était pas indispensable, mais elle a notablement abrégé une séance opératoire, qui durait depuis longtemps déjà. Quant à l'ouverture du ventre, bien que pratiquée dans un tout autre but, elle n'a pas moins rendu les plus signalés services en permettant de dégager, de mobiliser et faire descendre le corps étranger.

Une fois déjà la rectotomie et la gastrotomie ont été associées dans une opération ayant pour but d'extraire un corps étranger intestinal. Je fais allusion à cette belle observation qui nous a été communiquée par un chirurgien danois distingué, M. le D[r] Studsgaard, de Copenhague. Toutefois, la succession des deux actes opératoires s'est faite en ordre inverse. On a commencé par fendre le rectum pour tâcher d'atteindre le corps, et la chose n'ayant pas été possible, on a abandonné la voie naturelle pour aller pratiquer la taille intestinale.

J'avais voulu, d'emblée, faire cette dernière opération, et la jugeant impossible, je me suis servi de la voie créée pour agir plus directement sur le corps étranger. Quant à la rectotomie, je l'ai faite non point au début, mais à la fin de la séance.

En somme, j'ai ouvert le ventre comme Pigray avait proposé de le faire, en cas de hernie étranglée, pour aller à la recherche de l'intestin et le réduire en l'attirant de dedans en dehors, contrairement à ce que fait le taxis, qui procède de dehors en dedans, — ou encore, comme l'a proposé un auteur, dont le nom m'échappe, pour remédier à certains déplacements de la matrice par une ouverture faite à l'hypogastre.

Je ne veux pas m'étendre plus longtemps sur cette gastrotomie adjuvante, mais je me demande comment j'aurais pu sans son précieux concours mener à bien mon entreprise et sortir du mauvais pas où j'étais engagé.

Au reste c'est la quatrième fois, à ma connaissance, qu'on ouvre le ventre dans des circonstances plus ou moins comparables, et quatre fois on a réussi. On aura désormais d'autant plus de chances de réussir, et de raisons d'être hardi, qu'en s'aidant des précautions de la méthode antiseptique on peut réellement réduire à peu de chose le danger inhérent à la plaie péritonéale et aux lésions intestinales.

Ces précautions, dans le cas actuel, ont été les suivantes : nettoyage minutieux des instruments et des mains des aides, projection de la vapeur phéniquée sur la paroi abdominale depuis le début de l'opération jusqu'au moment où la suture a été complète, soin

pris de placer dans l'abdomen la main de M. Polaillon qui n'avait point pratiqué le toucher rectal, soin pris par moi-même de ne plus toucher à l'abdomen dès que j'eus reporté mes doigts dans l'intestin, première irrigation du rectum et de la plaie de la rectotomie avec la solution phéniquée à 4 pour 100, dès que le cylindre ligneux a été extrait, injections antiseptiques très fréquemment renouvelées pendant les jours suivants; sur la plaie abdominale réunie par la suture, un pansement de Lister-Guérin.

Si tout cela semble un peu compliqué, au moins a-t-on complètement réussi, et à si peu de frais, et dans un délai si rapide, qu'il est impossible de ne pas reconnaître ici un nouveau triomphe de la méthode antiseptique et de ses procédés associés.

En effet, le problème à résoudre était difficile. Comme dans tous les cas de traumas multiples, on avait à traiter deux foyers traumatiques distincts, savoir : le foyer pariéto-péritonéal et le foyer ano-rectal. La marche mauvaise de l'un d'eux aurait pu nuire à l'évolution de l'autre, et si la fièvre traumatique s'était allumée à l'une quelconque des deux sources, le travail réparateur eût été à coup sûr entravé, sinon empêché, dans l'autre.

Restait le choix des procédés. Pour la plaie de la paroi abdominale, nulle hésitation : la suture minutieusement pratiquée et un pansement protecteur. Je choisis de préférence le pansement de Lister et appliquai par-dessus une bonne couche d'ouate. Pour la plaie cavitaire, je mis en usage les irrigations antiseptiques réitérées avec le corps étranger le moins gênant, le mieux toléré, c'est-à-dire la sonde de caoutchouc rouge laissée à demeure. Maintes fois déjà dans des circonstances analogues (opérations sur la bouche, l'utérus, le vagin, la vessie, le rectum), j'ai agi de cette manière et suis arrivé à faire disparaître la fièvre traumatique à partir du deuxième jour, quelquefois même, quoique plus rarement, à empêcher son développement [1].

Dans le cas présent, la marche ultérieure des plaies, les symptômes des premiers jours et le tracé de la température prouvent que le but cherché a été complètement atteint.

Discussion.

M. Guéniot. M. Verneuil a fort bien remarqué qu'il s'est servi d'une tenette comme d'un levier obstétrical; mais les difficultés pour faire descendre le corps étranger avec cet instrument ont été très grandes. Je pense qu'on aurait dû se servir d'une pince

[1] Un jeune et laborieux chirurgien, M. Jeannel, prépare actuellement un travail d'ensemble sur les applications des pansements antiseptiques aux blessures accidentelles et chirurgicales des cavités muqueuses.

dont les branches, introduites séparément, auraient pu ensuite s'articuler comme un forceps. Avec de telles pinces on aurait pu extraire facilement le corps étranger.

M. Lannelongue. Ayant à enlever un corps étranger du rectum, chez une dame, corps étranger qui n'était autre qu'un amas de matières durcies, je me suis servi d'un petit forceps. Après avoir saisi le corps étranger avec cet instrument, je n'eus plus à vaincre que la résistance du sphincter, et l'extraction fut assez facile.

M. Lucas-Championnière fait observer que la pratique des injections antiseptiques dans les plaies cavitaires n'est pas nouvelle. Il a lui-même obtenu de très bons résultats de ces injections après les accouchements dystociques.

M. Trélat. Les observations de corps étrangers du rectum sont assez nombreuses. Tous les corps volumineux ont toujours été extraits avec des forceps ou des pinces analogues au forceps. De sorte que la première chose à faire, quand on a à extraire un corps étranger du rectum, c'est de se munir de ces instruments.

M. Farabeuf dit qu'il a l'intention de faire des expériences cadavériques sur l'extraction des corps étrangers du rectum soit avec des crochets, soit avec des lacs.

Communication

par M. Lannelongue

Sur trois cas d'ostéomyélite aiguë ayant nécessité l'amputation de la cuisse. — Particularités relatives à la pyohémie d'origine osseuse et à l'action préservatrice d'un pansement phéniqué sur l'éruption variolique dans la région où le pansement est appliqué.

Messieurs, je viens vous communiquer trois observations nouvelles d'ostéomyélite aiguë. Il existe entre elles cette parenté, que les malades atteints ont été conduits à l'hôpital à cette période, où l'on ne pouvait espérer leur conserver la vie qu'à la condition de les mutiler, c'est-à-dire, de leur faire subir le sacrifice d'un de leurs membres. Tous les trois, en effet, étaient en pleine septicémie, et l'on devait même se demander, si l'amputation ne viendrait pas encore aggraver cet état et hâter le dénouement terminal. Deux succès ont été obtenus, contre toute attente, je dois le dire. C'est ce qui m'a encouragé à pratiquer la désarticulation de la hanche chez un troisième malade. Celui-ci était à toute extrémité et il a succombé

le jour même de l'opération. Il est incontestable que l'intervention a été trop tardive; le sujet était dans le marasme le plus complet; les deux membres inférieurs étaient infiltrés, et la température, prise pendant les quelques jours qui ont précédé l'amputation, durant lesquels le malade a été soumis à notre observation, présentait ces énormes oscillations en s'élevant le soir jusqu'à 41°,3 pour tomber le matin entre 39° et 40°. Mais, chez l'un des deux sujets qui ont guéri par l'amputation de la cuisse, nous avions eu sous les yeux une situation presque aussi désespérée, et néanmoins le malade s'est promptement relevé après la disparition de la cause infectieuse, lorsque la source de l'auto-empoisonnement eut été enlevée. L'ostéomyélite aiguë, en effet, est une des affections les plus infectieuses qu'il soit donné d'observer.

J'ai cité, dans un de mes mémoires sur l'ostéomyélite, des faits de pyohémie dans lesquels les viscères contenaient de très nombreux infarctus et abcès métastatiques, trois et quatre jours après le début d'une ostéomyélite aiguë suppurative d'un des os des membres; dans ces cas, le foyer purulent primitif intra-osseux n'avait même pas été mis en communication avec l'air extérieur. Je crois, d'ailleurs, que cette dernière considération, celle de l'influence fâcheuse que peut exercer l'air extérieur, est secondaire dans l'espèce; et les phénomènes, qui découlent de la difficulté qu'éprouvent les liquides de suppuration à sortir de l'os, ainsi que l'introduction de ces liquides dans les voies circulatoires par le fait de la tension intra-osseuse, me paraissent jouer dans le mécanisme de la pyohémie un rôle prépondérant.

Il s'est produit chez l'un de mes malades une particularité digne d'intérêt. Il était amputé depuis quinze jours et la plaie d'amputation marchait rapidement vers la guérison. L'amputation portait sur le milieu de la cuisse. Le sujet était pansé selon la méthode de Lister. A cette époque, il se déclara des vomissements, de la fièvre, et tout d'abord ces phénomènes nous donnèrent une inquiétude assez vive. Pendant trois jours consécutifs la température s'éleva progressivement et régulièrement chaque jour pour atteindre 40°,8; elle était à 38° avant cet incident. Ces prodromes étaient les précurseurs d'une variole qui devint confluente. Successivement toutes les régions du corps furent envahies par l'éruption; seule, la section de la cuisse amputée, qui était recouverte par le pansement de Lister, fut indemne; et, pendant la durée de l'éruption, il ne se montra pas *une seule papule* sur le moignon. Qu'il me soit permis d'ajouter que le pansement de Lister a agi de la même manière sur un autre sujet atteint de rougeole; l'éruption rubéolique a fait défaut sur la partie recouverte par ce pansement.

On trouvera dans l'observation les détails relatifs au procédé opératoire que j'ai suivi pour la désarticulation de la hanche. J'ai eu recours à celui que M. Farabeuf a décrit l'an dernier dans le cours de la discussion, qui s'est élevée sur ce sujet dans le sein de la Société de chirurgie. MM. Farabeuf et Berger ont bien voulu m'assister et me prêter un concours éclairé, dont je les remercie. Tous les temps de l'opération ont été d'une exécution facile et la perte de sang a été minime ; à ce dernier point de vue, aussi bien qu'à celui qui a trait à la confection des lambeaux du moignon, le procédé de M. Farabeuf m'a paru présenter des avantages marqués. Le temps de l'opération pour lequel je redoutais quelques difficultés, celui de la désarticulation proprement dite après l'incision longitudinale de la capsule, a été d'une exécution aisée et mes craintes n'ont pas été justifiées.

Observation I. — *Ostéomyélite aiguë spontanée du tibia droit compliquée d'abcès sous-périostique et d'arthrite purulente du genou. — Amputation de la cuisse, guérison. — Variole intercurrente.*

Le 5 janvier 1879, est entré dans mon service, à l'hôpital Sainte-Eugénie, au lit n° 39-49 de la salle Napoléon, un enfant nommé Gouaelle (Auguste), âgé de 12 ans 1/2. Ses parents sont bien portants.

Au dire de la mère, cet enfant n'a jamais fait une heure de maladie depuis sa naissance. Il n'a eu ni la rougeole, ni la scarlatine, ni la variole, ni la fièvre typhoïde. Il n'a jamais eu de rhumatisme et il habite avec ses parents un logement sain. Depuis deux mois, il était employé chez un marchand de papiers peints, travaillait debout et ne ressentait pas de fatigue. Il y a quatre semaines, le dimanche 7 décembre, cet enfant tomba de sa hauteur. Cette chute fut sans conséquence, car il continua à marcher tout le soir sans souffrir et sans boîter. Il en fut de même le lundi. Ce jour-là, il alla à son travail ainsi que le mardi. Ce fut vers trois heures de l'après-midi, ce dernier jour, qu'il fut pris subitement à son atelier d'une douleur extrêmement vive à la jambe droite. On fut obligé de le transporter chez lui et on le coucha. Il souffrit beaucoup dans la nuit du mardi au mercredi. Le mercredi, fièvre intense et délire. Depuis lors, il y eut une fièvre intense, et quand on voulait le remuer, il éprouvait une douleur atroce. Ce jour-là apparut le gonflement que la mère et l'enfant disent avoir débuté par le genou. Le gonflement s'étendit à toute la jambe, au pied, à la cuisse jusqu'à ce qu'on eût ouvert deux abcès : l'un, il y a huit jours, le 26 décembre, sur la jambe ; l'autre, sur le genou au côté interne, en regard de l'articulation et communiquant avec elle.

La fièvre et les douleurs ont toujours persisté jusqu'à aujourd'hui.

État actuel. — On est frappé tout d'abord par le gonflement énorme du genou. Ce gonflement est mou, et quand on touche la face antérieure de ce genou, il sort du pus en abondance. Ce pus vient de l'intérieur de l'articulation qui est très distendue. On trouve, vers la partie

moyenne de la jambe, deux orifices d'où s'écoule du pus et qui correspondent avec un vaste décollement du périoste. En effet, en explorant l'os par ces orifices, on trouve une dénudation du tibia, qui occupe les deux tiers supérieurs de la diaphyse à partir de l'épiphyse supérieure. L'état général de cet enfant est grave ; sa figure est amaigrie, entièrement décolorée. Les lèvres et la langue sont sèches. Le pouls est extrêmement petit et s'élève entre 130 et 140 pulsations. L'enfant tousse beaucoup depuis quelques jours, et l'auscultation révèle des râles sonores disséminés irrégulièrement dans les deux côtés de la poitrine. Dans la partie moyenne du poumon droit on entend des râles sous-crépitants humides. Le cœur n'offre rien d'anormal. Les nuits sont agitées, sans sommeil. La température marque 40°,2, le matin de l'examen ; la veille au soir, elle était de 40,4°.

En présence d'un pareil état l'amputation de la cuisse est jugée nécessaire ; elle s'offre comme la dernière ressource dont on puisse espérer un résultat. Elle est pratiquée le 5 janvier sous le Lister. La méthode à grand lambeau antérieur, avec petit lambeau postérieur, a été suivie. Le fémur a été scié vers son milieu. Pansement de Lister.

Du 5 au 8 janvier, l'état général reste mauvais ; la température est élevée et ne descend pas au-dessous de 39°. La plaie d'amputation se désunit.

Du 8 au 20 janvier, la scène change ; la température baisse et ne s'élève plus qu'accidentellement à 38°,5 ; l'appétit revient et l'alimentation se fait facilement. La plaie marche vers la cicatrisation.

Le 20 janvier, l'enfant est pris de vomissements ; il ne mange plus depuis la veille ; la température atteint 39°,2.

Cet état empire et, jusqu'au 24, la température s'est élevée progressivement jusqu'à 40°.6. Ce jour même, le 24 janvier, on découvre sur la face une éruption papuleuse à laquelle on pensait d'ailleurs depuis un ou deux jours. C'est la variole qui prend, les jours suivants, un caractère confluent. Successivement toutes les parties du corps sont envahies par l'éruption. Seul le moignon de la cuisse amputée est indemne. Toute la partie recouverte par le pansement de Lister, c'est-à-dire, tout le segment de la cuisse, qui restait jusqu'au pli de l'aine, est dépourvu de papules et de vésicules. Nous n'avons pu, pendant la durée de l'éruption, en découvrir une seule.

La variole a suivi son cours sans incident et, après cette éruption, la plaie a repris sa marche vers la guérison. L'action cicatricielle a été suspendue pendant toute la période de l'éruption jusqu'à l'achèvement de la formation des croûtes. Enfin la guérison a été définitive le 20 février. Le moignon présente une cicatrice transversale à son centre, et l'os est recouvert par des lambeaux très suffisamment épais.

Autopsie du membre amputé. Cette autopsie a fait découvrir les lésions ordinaires de l'ostéomyélite aiguë. Le tibia présentait une infiltration purulente du tissu spongieux de l'épiphyse de son extrémité supérieure et du pus dans le canal médullaire de la moitié supérieure de la diaphyse. De plus le cartilage conjugal était partiellement détruit en plusieurs points, et il existait en même temps une vaste ulcération

circulaire du cartilage diarthrodial. Cette ulcération occupait le centre de la cavité glénoïde interne. Elle avait les dimensions d'une pièce de cinquante centimes; ses bords étaient amincis et reposaient sur la surface osseuse de l'épiphyse, qui était à nu. L'épiphyse, à ce niveau, présentait des cavités purulentes creusées dans le tissu spongieux. Le genou était plein de pus. Quant au périoste, il était détruit dans une étendue considérable. La moitié supérieure du tibia en était presque totalement dépourvue.

Observation II. — *Ostéomyélite aiguë spontanée du tibia droit compliquée d'abcès sous-périostique et d'arthrite purulente du genou. — Amputation de la cuisse vers son milieu, guérison.*

La nommée Bordenave (Catherine), âgée de 11 ans 1/2, est entrée dans mon service, salle Sainte-Eugénie, lit n° 3, le 12 février 1880.

Le père de cette enfant est mort de la poitrine à l'âge de 32 ans. Sa mère n'a eu comme maladie qu'un rhumatisme articulaire aigu, qui a duré trois mois, à l'âge de 17 ans. La mère a trois autres enfants d'un second mari et tous se portent bien.

La petite fille, qui fait le sujet de cette observation, n'a eu, en fait de maladie, que la rougeole vers 5 ou 6 ans; jamais elle n'a eu de rhumatisme. Pendant ces dernières années, elle a eu quelques glandes au cou et derrière les oreilles. L'enfant se nourrit bien, mange de la viande tous les jours et boit du vin. Elle s'occupe à soigner ses petits frères et se fatigue beaucoup.

Pendant tous ces derniers temps, elle avait une très bonne santé; quand, il y a 15 jours, elle accusa quelques douleurs au pied gauche. La mère prétend qu'il y eut du gonflement au niveau des malléoles et qu'elle dut mettre des cataplasmes. Peut-être était-ce un peu de lymphangite, car l'enfant présente au talon quelques écorchures. Du reste, il n'y avait pas de fièvre; mais cependant la mère la fit coucher malgré elle. Le vendredi, 6 février, la jambe était guérie, quand la petite fille accusa des élancements douloureux dans le mollet du côté droit. La mère appliqua un vésicatoire sur le point douloureux.

Dans la nuit du samedi au dimanche, la jambe commença à présenter du gonflement. Un médecin, appelé le dimanche, fit appliquer des cataplasmes et un onguent. Vers le soir, apparaît de la fièvre, mais sans frissons, ni claquements de dents. La nuit, il y a du délire. La petite fille a de la constipation plutôt que de la diarrhée.

Depuis cette époque jusqu'à son entrée à l'hôpital (12 février), l'appareil fébrile et les douleurs, de plus en plus aiguës, n'ont fait que continuer. A son arrivée, elle présente un aspect typhique prononcé: prostration, traits fatigués, le nez, le pourtour des yeux décolorés, et les pommettes, au contraire, congestionnées. Il n'y a pas eu de vomissements, mais une perte absolue de l'appétit.

Localement, on constate un gonflement marqué de la jambe droite au niveau du tiers inférieur. Le gonflement va en diminuant à mesure qu'on descend. Il est limité en haut et en bas par un léger bourrelet,

sensible au toucher. La peau à ce niveau est un peu rouge et chaude. Dans ce gonflement, on découvre un abcès sous-périostique volumineux. Lorsqu'on examine le tibia par le toucher, on remarque une sensibilité osseuse assez vive, qui commence au niveau du tiers inférieur pour aller en augmentant à mesure qu'on se rapproche du soulèvement dont nous avons parlé tout à l'heure, et au niveau duquel la moindre pression arrache des cris aigus à la petite malade. Entre l'abcès périostique et le genou, le tibia est douloureux, mais médiocrement.

Le volume de la cuisse droite est augmenté d'une façon assez considérable. A sa surface, on constate l'existence d'un réseau veineux très développé. Elle est sensible à la pression, surtout à la partie interne et postérieure.

Les ganglions inguinaux ne sont ni engorgés, ni douloureux.

L'enfant ne tousse pas; il n'y a pas de râles dans sa poitrine. Ni le le foie, ni la rate ne sont douloureux.

Le 14 février, j'ouvre l'abcès périostique, et il en sort beaucoup de pus. M. Pasteur, qui était venu à l'hôpital, en recueille plusieurs échantillons. Le décollement du périoste s'étend depuis la tubérosité antérieure jusqu'au niveau du tiers inférieur sur les faces interne et postérieure du tibia.

J'applique trois couronnes de trépan sur l'os : la supérieure au niveau de la tubérosité antérieure au milieu du tissu aréolaire ; les deux autres, plus bas, à 3 centimètres environ de distance, dans la diaphyse. Elles pénètrent dans le canal médullaire. Par chacune de ces ouvertures, il s'écoule du pus, qui vient de l'intérieur de l'os et dont on évalue la quantité à 2 ou 3 cuillerées à café. Ce pus est jaune verdâtre, non mélangé de sang. M. Pasteur en recueille pour l'examiner. On fait des injections d'eau phéniquée qui, entrant par l'une des ouvertures, sort par les autres en entraînant beaucoup de pus et de gouttelettes huileuses.

Le 15 février, la nuit est assez bonne. La température, le matin, est de 37°,8.

La suppuration est abondante. Par les trous de trépan, sort un pus mélangé à de petites particules osseuses.

J'introduis par l'ouverture supérieure de la diaphyse une sonde cannelée, au moyen de laquelle je brise les lamelles du tissu spongieux voisin que je puis atteindre.

Le 17, le gonflement de la cuisse a notablement diminué ; mais il existe toujours un peu d'épanchement articulaire. Il ne sort plus de pus par les orifices de trépan, même lorsqu'on pousse énergiquement l'injection avec la seringue.

Le 19, il existe dans le mollet un véritable clapier purulent. Avec la main, on fait venir dans la plaie une grande quantité de pus. Je fais une contre-ouverture au niveau du creux poplité et j'y fais passer un drain.

Le 20, le mollet est toujours imprégné de pus. Le genou est gros,

douloureux ; une ponction montre qu'il y a une arthrite franchement purulente.

L'état général n'est pas alarmant, mais la température suit une marche ascendante. Ce matin, elle arrive à 40°,4.

Le 21, température : matin 40°, soir 40°,6. — Le genou est très distendu. On fait l'arthrotomie de cette articulation, et deux drains traversent la cavité articulaire, l'un au-dessus, l'autre au-dessous de la rotule. Injections phéniquées.

A partir de cette date, 21 février, la température reste toujours élevée, et commence à présenter des oscillations dans lesquelles on la voit atteindre le soir 40°,5, 40°,8 et jusqu'à 41°, tandis que le matin, elle est presque constamment à 38°,8, 39°. Une nouvelle suppuration se forme à la cuisse à son milieu, et nécessite une incision profonde, le 28 février. Le membre inférieur est à cette date très œdématié. Un peu plus tard, un pareil œdème apparaît au pied et à la jambe du côté sain. L'enfant se met à tousser, et à maintes reprises, on a trouvé dans la poitrine des signes de congestion pulmonaire, peut-être formée autour d'infarctus. On soutient la malade avec l'alcool et le café. Deux eschares se produisent : l'une au niveau du grand trochanter du côté malade, l'autre sur le sacrum ; celle-ci a les dimensions d'un écu de 5 francs. Cet état persiste ainsi jusqu'au 13 mars. Après avoir plusieurs fois rejeté l'idée de l'amputation, comme devant être un sacrifice que je croyais inutile, je reprends cette idée le 13 et je la mets à exécution le 14.

L'amputation de la cuisse fut pratiquée au-dessus de la partie moyenne, près du tiers supérieur, par la méthode à grand lambeau antérieur et petit lambeau postérieur.

Du 13 au 18 mars, l'état général s'aggrave encore ; la température offre toujours les mêmes oscillations ; des frissons irréguliers de courte durée se sont montrés. La plaie se désunit entièrement.

A partir du 18, la scène change; la température commence à baisser et descend bientôt à 38° ; l'appétit reparaît ; la plaie se recouvre de bourgeons et enfin, plus tard, le travail de cicatrisation se prononce. L'enfant était pansé au Lister. Elle a guéri sans incidents après élimination d'une petite esquille venant du lieu de la section de l'os. Le moignon est conique et tout à fait cicatrisé le 20 avril.

Autopsie du membre amputé. — Les lésions sont complexes et intéressantes à plus d'un titre. D'une part, on trouve dans l'os primitivement atteint, le tibia, les lésions très accusées d'un ostéomyélite aiguë ; d'un autre côté, le fémur a subi des altérations secondaires, consécutives à l'arthrite purulente du genou, et d'une nature entièrement différente de celles que présentait le tibia.

1° *Tibia.* Cet os est dénudé presque entièrement dans son tiers supérieur; il a, sur certains points, une apparence jaunâtre caractéristique de l'os nécrosé ou en voie de nécrose. Le périoste est presque entièrement détruit dans l'espace correspondant à la dénudation. Par des coupes successives de cet os, faites au couteau, on trouve du pus dans le canal médullaire mélangé à une moelle diffluente, grisâtre. L'épiphyse

supérieure présente des tâches jaunes et, à côté, de petites cavités remplies de bourgeons charnus très vasculaires. Le cartilage de conjugaison est détruit dans un tiers de son étendue, et le cartilage diarthordial offre un grand nombre d'érosions et d'ulcérations complètes. Dans les points où le cartilage est conservé, il a perdu toutes ses propriétés.

2° *Fémur*. Les lésions de cet os sont consécutives á l'arthrite purulente du genou. Ce sont les suivantes, que je ne fais qu'énumérer: Destruction du cartilage diarthrodial par larges places ; inégalités de la surface de ce cartilage, qui est en voie de dissociation presque sur tous ses points. L'épiphyse du fémur, coupée en plusieurs points, offre une ostéite raréfiante, une véritable carie, très accusée. Les aréoles du tissu spongieux sont très agrandies et remplies d'une moelle d'un jaune clair ; à côté de ces points décolorés, la moelle est un peu plus rouge par places. Enfin les parois de ces aréoles très agrandies sont beaucoup plus fragiles et se brisent au moindre attouchement ; c'est là un exemple de carie secondaire, qu'il est utile de signaler, car les caries jouent un rôle important dans la suite de l'ostéomyélite, lorsque celle-ci passe à l'état chronique.

Observation III. — *Ostéomyélite du fémur droit de quatre mois de durée. — Désarticulation de la hanche suivie de mort.*

Le nommé Geoffroy (Arthur), âgé de 14 ans 1/2, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 9 avril 1880. Je ne donne qu'un résumé de son histoire clinique. Quatre mois avant son entrée, il avait été pris sans cause d'une douleur très vive dans le bas de la cuisse droite. A la douleur succéda rapidement de la fièvre et un état général des plus graves ; la cuisse devint très volumineuse et le gonflement s'étendit de bas en haut à partir du genou vers la racine du membre. Bref, dix jours après le début, on ouvrit à la cuisse un abcès volumineux, et on trouva l'os dénudé dans une grande étendue. Un peu plus tard, le genou lui-même goufla et enfin, dans la suite, de nouveaux abcès se formèrent vers le milieu de la cuisse et près de la racine du membre. Ces abcès furent ouverts ou s'ouvrirent spontanément, et ont toujours fourni du pus depuis. Quant au membre il est resté extrêmement volumineux.

L'état général, après avoir été des plus graves au début, s'améliora et bientôt sa vie ne fut plus aussi immédiatement en danger. Néanmoins cet enfant, qui est grand et paraît avoir été très fort, a beaucoup dépéri ; il perdait chaque jour du pus en très grande quantité, mangeait peu et s'affaiblissait progressivement. Après avoir beaucoup hésité, ses parents l'ont amené à l'hôpital.

Etat actuel. — Membre inférieur droit. Le pied et la jambe sont infiltrés. Le genou est distendu et, quand on appuie sur les culs-de-sac de la synoviale, on fait sortir du pus par des ouvertures placées sur la cuisse. La cuisse est énorme ; un œdème dur existe dans toute l'étendue de cette section du membre. En cherchant à explorer l'os, on reconnaît vaguement que le fémur est augmenté de volume en certains

points ; de plus on découvre qu'il existe de vastes clapiers sous les plans musculaires qui recouvrent l'os. La veine fémorale forme un cordon dur et résistant.

Le membre inférieur gauche est œdématié à un degré beaucoup moindre que le droit, dans toute son étendue.

Cet enfant a la figure très amaigrie, les yeux sont excavés. Il a une paleur extrême. Depuis quelques jours, il a de petites hémorrhagies nasales. La langue est sèche ; l'appétit presque nul. Il a de la diarrhée depuis une semaine. Il tousse fréquemment sans cracher ; à l'auscultation on découvre des râles de bronchite des deux côtés ; vers les bases il y a de la submatité. Pendant trois jours qu'il a été soumis à notre observation, la température a donné le soir les chiffres de 41°,3 ; 40°,8 ; 39°,6 ; et le matin 38°,7 ; 39°,4 ; 38°,4.

Il était évident que cet enfant n'avait que quelques jours à vivre et j'aurais dû ne pas intervenir. Mais encouragé par le succès de la petite malade, qui était dans des conditions presque comparables, quoique moins fâcheuses, je décidai de tenter l'unique chance que j'avais de le faire vivre. Je résolus la désarticulation de la hanche. Elle fut pratiquée le 14 avril, avec le concours de mes collègues et amis, MM. Berger et Farabeuf.

Toutes les précautions furent prises pour que l'opération fut promptement faite et avec la moindre perte de sang possible.

Le procédé suivi a été celui dont M. Farabeuf a consigné la description dans nos Bulletins. Après application de la bande d'Esmarch jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, une incision fut pratiquée à la racine du membre. Cette incision partait de l'arcade de Fallope, vers son milieu, descendait d'abord parallèlement à la direction de l'artère, puis se déjetait en dehors après 8 à 9 centimètres de parcours. Elle fut ensuite prolongée en arrière en coupant perpendiculairement la peau du membre, et ramenée en dedans, puis en avant sur l'incision verticale.

Le tronc commun de la fémorale fut ensuite lié, et il est à remarquer qu'à cause de l'infiltration considérable des tissus et de leur induration, la recherche de ce vaisseau demanda quelque temps. La veine fémorale fut liée à son tour. Ces vaisseaux furent alors coupés au-dessous des ligatures.

Dans un second temps, j'allai directement sur la capsule de l'articulation coxo-fémorale, après avoir, au préalable, détaché le tendon du psoas de son insertion au petit trochanter. La capsule fut ouverte sur la face antérieure du col du fémur, et un peu plus tard les attaches des muscles au grand trochanter furent incisées. Dès ce moment, on put faire ressortir en avant la tête du fémur de sa cavité et couper le ligament rond. La tête se trouva dès lors hors de sa cavité ; il n'y avait plus qu'à faire la section des muscles, à la hauteur de l'incision superficielle.

Ce dernier temps fut accompli sans précipitation, en prenant la précaution de placer des pinces hémostatiques sur chaque vaisseau qui fournissait du sang. Puis, plus tard, on procéda aux ligatures, au la-

vage de la plaie et à la réunion partielle des bords. Grâce aux soins pris, et aussi à la section des parties molles charnues au niveau où les vaisseaux ne sont plus que des branches d'anastomoses, il n'y eut qu'une quantité de sang relativement minime qui s'écoula pendant l'opération. Sa durée avait été de vingt-cinq minutes.

Le malade, que l'on avait recouvert de ouate dès le début, fut au plus mal durant l'opération elle-même, et un instant nous crûmes qu'il allait succomber. Il ne fut, il est vrai, ranimé que pour peu d'instants, car il succomba cinq heures après la désarticulation.

L'*autopsie* révéla la présence de nombreux abcès métastatiques dans les poumons et les reins. Le cœur n'avait rien. Quant au membre, les lésions du squelette étaient celles de l'ostéomyélite à diverses périodes. Dans l'extrémité inférieure du fémur, on trouvait une infiltration purulente partant de l'épiphyse pour gagner le canal médullaire, qui était plein de pus jusqu'à la partie moyenne de l'os. Deux petites esquilles existaient près du cartilage épiphysaire inférieur; ce cartilage était partiellement détruit; la jointure du genou communiquait avec des cavités purulentes du tissu spongieux de l'os.

A la surface du fémur, de nombreuses productions osseuses, jetées très irrégulièrement, indiquaient l'étendue du travail de réparation. L'une de ces productions formait une saillie pyramidale de près d'un pouce d'élévation. Ces ostéophytes occupaient surtout la moitié inférieure de la diaphyse du fémur. Le périoste était détruit sur plusieurs régions de la diaphyse jusqu'au niveau du grand trochanter. Enfin la veine fémorale était remplie par un caillot adhérent et ancien que l'on pouvait suivre, par l'intermédiaire des veines iliaques, jusque dans la veine cave inférieure.

M Lucas-Championnière. Relativement à l'influence du pansement de Lister sur l'évolution des pustules varioliques, je ferai remarquer que le même fait s'observe avec toutes les substances antiseptiques. Dernièrement j'ai fait enduire la peau de la face, chez une femme atteinte de variole, avec une pommade composée de vaseline et d'acide phénique (à 1 pour 5); la face a été préservée de l'éruption variolique, alors que les autres parties du corps étaient couvertes de pustules.

Présentation de malade.

Résection du tibia et du péroné pour une fracture du péroné compliquée de luxation du pied en dehors,

Par M. Le Dentu.

La résection du tibia et du péroné a été faite immédiatement après l'accident. La malléole interne, qui faisait issue à travers les

téguments, a été coupée dans l'étendue de 3 centimètres. Le péroné a été réséqué dans une étendue égale, mais l'astragale n'a n'a pas été touchée.

Après l'opération, j'ai appliqué un pansement de Lister, et une gouttière plâtrée pour immobiliser les parties. Malgré ces précautions, il est survenu des abcès; des fongosités se sont développées, et j'ai pu craindre un instant d'être obligé de faire une amputation. J'ai placé le membre dans un appareil ouaté de Guérin. Enfin, le malade a guéri en conservant un peu de mobilité dans l'articulation tibio-tarsienne. On peut voir, chez ce malade, que la déviation du pied en dehors, déviation contre laquelle M. Verneuil a préconisé la section des tendons péroniers, a pu être évitée. Néanmoins, comme je me méfie de la production d'une déviation secondaire, je fais porter au malade une bottine avec des tuteurs qui remontent le long de la jambe, en dedans et en dehors. En définitive, le résultat est satisfaisant. Mais je dois faire remarquer que le malade a passé par des accidents graves. Le traitement consécutif de la résection tibio-tarsienne est, en général, hérissé de difficultés.

M. Farabeuf pense que les mouvements du pied se passent non pas dans l'articulation tibio-tarsienne, mais dans l'articulation sous-astragalienne.

Présentation d'instrument.

M. le Dr Parent présente un *œil artificiel* dont voici la description :

Cet instrument se compose essentiellement de deux tubes s'engaînant l'un dans l'autre ; le tube interne porte la lentille et s'enfonce dans le tube externe au moyen d'un pas de vis, qui fait une rotation complète dans l'espace de 10 millimètres. Quand le pas de vis est enfoncé à moitié, l'œil mesure exactement 22 millimètres, ce qui correspond à l'œil normal.

En vissant davantage, on raccourcit l'axe et on engendre différents degrés d'hypermétropie, jusqu'à 10 dioptries inclusivement.

En dévissant, au contraire, on allonge l'axe et on produit différents degrés de myopie, jusqu'à 10 dioptries.

L'excursion totale de l'instrument est donc de 20 dioptries. L'aiguille indicatrice permet de lire de suite le degré d'hypermétropie ou de myopie engendré.

Quant à l'astigmatisme, il est reproduit dans ses différents degrés et dans toutes ses variétés au moyen de deux tringlettes qui

portent des cylindres concaves. Ces tringlettes peuvent pivoter sur l'axe de l'œil et prendre tous les méridiens possibles.

Pour qu'on puisse se familiariser avec l'examen à l'image droite, j'ai fait mettre, comme fond d'œil, des caractères d'imprimerie réduits par la photographie, et quand une personne emmétrope n'accommode pas, elle doit pouvoir lire sans faire passer dans son ophthalmoscope un verre concave.

Le principal but de cette photographie est donc d'habituer à ne pas accommoder dans l'examen à l'image droite, et, en même temps à déterminer approximativement le degré de réfraction de l'œil examiné. C'est ainsi que toute personne emmétrope doit pouvoir lire avec 4 dioptries convexes, quand l'aiguille marque 4 dioptries d'hypermétropie, et lire avec 4 dioptries concaves, quand l'aiguille marque 4 dioptries de myopie.

Un cadran horaire, réduit par la photographie, permet aussi de reconnaître l'astigmatisme et d'en déterminer le degré à l'ophthalmoscope.

Deux autres cupules, l'une représentant une excavation véritable de 1 millimètre de profondeur, et l'autre une névro-rétinite avec voûssure de la papille, ont pour but d'apprendre à différencier, à l'image droite, les différences de niveau et, en même temps, à montrer ce qu'on entend par *déplacement parallactique*, soit à l'image droite, soit à l'image renversée.

Un cinquième cupule représente un œil normal, avec papille et macula, pour montrer leurs rapports.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 12 mai 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Lyon médical.* — Le *Journal des sciences médicales de Lille.* — La *Revue men-*

suelle. — Le *Journal de médecine et de chirurgie.* — La *Revue médicale.* — Le *Journal de Gubler.* — La *Revue scientifique ;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Le *Practitionner.* — Le *Journal d'Athènes.* — *Centralblatt für chirurgie.* — *British médical ;*

4° Une lettre de M. Maurice Perrin demandant à être nommé membre honoraire ;

5° Un travail de M. Demeaux, de Puy-l'Évêque, intitulé : *du phimosis congénital et de son traitement ; procédé fort simple pour l'amputation de verge ;*

6° *De la ligature antiseptique des gros troncs artériels*, par M. Jules Bœckel ;

7° Le volume IV du *Traité de chirurgie*, par le Dr E. Albert, de Vienne, membre correspondant étranger ;

8° Une lettre de remerciement de M. le Dr Saboiâ, de Rio-Janeiro, nommé membre correspondant étranger, qui adresse un volume de *Clinique chirurgicale*, publiée en 1880.

9° *De la trachéotomie*, par M. Parker, de Londres.

A propos du procès-verbal.

M. Verneuil annonce que le malade, qu'il a opéré d'un corps étranger du rectum, n'a plus qu'une petite plaie à l'anus, résultant de la rectotomie linéaire, et que, par conséquent, le succès opératoire est complet.

M. Guéniot demande ce qu'est devenue la diarrhée habituelle de ce malade.

M. Verneuil. Mon opéré a maintenant de la constipation. Sa rectite, sa dyssenterie, son incontinence des matières ont disparu.

Déclaration d'une place vacante.

M. le Président annonce qu'une place de membre titulaire est déclarée vacante, et invite les candidats à faire acte de candidature, par lettre, dans le délai d'un mois.

Rapport.

M. Terrier fait un rapport sur une *observation de hernie inguinale étranglée, opérée avec succès le 4e jour*, par le Dr Cabadé, de Valence.

Voici le résumé de ce fait assez intéressant :

Un marin, âgé de 62 ans, avait une hernie inguinale gauche fa-

cilement réductible depuis douze ans. Cet homme forcé de garder le lit, pour consolider une fracture de jambe, se déshabitua de porter un bandage, et, le 1er mars dernier, sa hernie sortit et ne put être réduite par lui, comme il le faisait d'habitude.

Le Dr Marcadet, appelé près du malade, fit un léger taxis et prescrivit des bains. Les choses restèrent dans le même état jusqu'au lendemain ; il y eut des coliques, mais pas de vomissements.

Le 2 mars, les Drs Marcadet et Garros firent un taxis long et méthodique, repris à plusieurs fois, le malade étant dans un bain. La réduction fut incomplète ; toutefois la nuit fut assez bonne, sauf des coliques et un vomissement. Le malade eut une selle normale.

Le 3 mars, c'est-à-dire 30 à 36 heures après le début de l'étranglement, le Dr Cabadé, de Valence, fut appelé auprès du malade. Il constata à gauche et dans le scrotum une tumeur ovoïde, très dure, non rénitente (*sic*), indolore à la pression, sauf à sa partie supérieure vers l'anneau inguinal interne, fluctuante dans sa partie inférieure. L'état général est bon, le ventre est souple, non météorisé, le facies excellent, le pouls un peu fréquent.

Le Dr Cabadé fit le taxis pendant un quart d'heure sans d'ailleurs provoquer de douleurs. Le malade fut même placé la tête en bas et on fit le taxis dans cette position. N'obtenant rien, on prescrivit des cataplasmes, des bains, du café, de la belladone.

La nuit, il y eut un vomissement du café ingéré, quelques hoquets et quelques coliques.

Le lendemain, 4 mars, la tension du ventre se manifestait ; il y avait des borborygmes ; les forces et le facies étaient très bien conservés ; le malade, soumis à la diète, se plaignait vivement de la faim, et on lui accorda du bouillon.

Mais la tumeur était toujours là. On l'entoura de la bande élastique de Maisonneuve, bande qui fut conservée toute la journée. Un lavement purgatif fut donné et amena une évacuation alvine, c'est-à-dire, la seconde depuis le début des accidents d'étranglement herniaire.

On réappliqua la bande élastique et on prescrivit un nouveau lavement purgatif.

La nuit fut mauvaise, le hoquet, les coliques, le météorisme augmentèrent, la fièvre s'alluma, mais il n'y eut pas de vomissements, malgré l'ingestion d'une grande quantité de liquides.

Le 5, à 3 heures de l'après-midi, c'est-à-dire 93 ou 96 heures après le début des accidents, le Dr Cabadé fit la kélotomie.

Le sac épais, fibreux, ce qui s'explique par l'ancienneté de la hernie, renfermait 100 à 120 grammes de liquide coloré, par du

sang probablement, vu le taxis répété et l'application de la bande élastique trop prolongée. Au milieu de ce liquide était une anse intestinale (intestin grêle probablement) longue de 40 centimètres, très congestionnée au niveau de l'orifice interne du canal inguinal; cette anse, assez souple, renfermait des matières demi-fluides (*sic*) et pas de gaz. L'anneau inguinal fut débridé en trois points, et la réduction fut facile. Pansement simple au cérat.

Cinq jours après, le malade allait très bien et s'alimentait presque comme un sujet bien portant. L'opération ne fut suivie d'aucun accident, sauf quelques nausées; il n'y eut pas de débâcle intestinale considérable, ce que j'attribue à l'absence de toute ingestion de purgatifs par la bouche.

Le Dr Cabadé fait suivre cette observation de quelques réflexions, et, tout d'abord, il insiste sur ce fait que les caractères de l'étranglement n'étant pas bien francs, il en résultait une incertitude pour le diagnostic et l'intervention chirurgicale, si bien qu'il crut à une entéro-épiplocèle, que les premières tentatives de taxis avaient transformée en épiplocèle.

La marche des accidents vint, un peu tardivement peut-être, lui démontrer son erreur, et il se décida aussitôt à opérer, ce qu'il fit avec succès.

Pour notre compte, en présence des accidents relativement bénins que ce malade présentait, nous comprenons l'embarras de notre confrère; toutefois, fidèle à une ligne de conduite déjà formulée dans le sein de la Société de chirurgie, nous croyons qu'étant donnée une hernie devenue brusquement irréductible et qui détermine des accidents, quelque peu intenses qu'ils soient, il faut faire la réduction, et ne pas quitter le malade que cette réduction ne soit parfaite.

Telle est, en quelques mots, l'observation que vous a communiquée M. le Dr Cabadé; je vous propose de la déposer aux archives et d'adresser des remerciements à l'auteur.

Discussion.

M. Desprès. Il faut qu'il soit bien établi, qu'un des signes les plus importants de l'étranglement est l'absence de l'issue des gaz par l'anus. On n'a pas suffisamment insisté sur ce dernier signe. On commet tous les jours de graves erreurs pour l'avoir méconnu. J'ai vu dernièrement un malade auquel on avait fait le taxis pour une hernie étranglée; on avait cru réduire, on avait appliqué un bandage et donné de l'huile de ricin. Le lendemain, ce malade entrait à l'hôpital avec les signes persistants de l'étranglement et une péritonite.

Il y a trois signes, les vomissement fécaloïdes, le ballonnement du ventre et l'absence des gaz par l'anus, qui permettent de reconnaître toujours une hernie étranglée.

Quant au taxis la tête en bas, au taxis forcé, au taxis de Maisonneuve, au taxis prolongé de M. Gosselin, ils aggravent toujours les hernies qu'ils n'ont pas réduites. Lorsqu'on est bien sûr de l'existence d'une hernie étranglée, et lorsqu'après avoir fait prendre un grand bain tiède, une ou deux tentatives de taxis ont échoué, il ne faut pas hésiter à opérer.

M. Berger. L'absence de l'émission des gaz par l'anus est évidemment un signe important de la hernie étranglée. Néanmoins ce signe peut induire en erreur. Il peut n'y avoir aucun étranglement et cependant l'émission des gaz par l'anus manque. J'ai eu à traiter une vieille femme pour une hernie crurale étranglée. Je l'ai chloroformisée, j'ai fait le taxis et j'ai obtenu une réduction partielle. Comme, le lendemain, il n'y avait pas eu de garde-robes, ni d'émissions gazeuses, et comme la tuméfaction persistait, j'ouvris le sac et arrivant à l'anneau je ne trouvai pas d'anse intestinale. Il n'y avait que l'épiploon. La malade mourut. A l'autopsie, j'ai trouvé de la péritonite, qui avait produit une paralysie intestinale. Cette paralysie expliquait pourquoi il n'y avait pas eu d'émissions gazeuses par l'anus pendant la vie, bien que la hernie eut été réduite. Il ne faut donc pas croire que l'absence d'émissions gazeuses soit un signe certain de l'étranglement herniaire.

Je tiens, en outre, à protester contre l'opinion de M. Desprès qui attribue à M. Gosselin l'invention du taxis forcé. Le taxis forcé a été pratiqué pour la première fois en Italie et introduit en France par Lisfranc et ses élèves. M. Gosselin s'est efforcé de modérer et de régulariser la pratique du taxis forcé. Il ne fait pas le taxis forcé, mais ce qu'il appelle le taxis prolongé, en employant non pas le poids du corps, mais seulement des manœuvres avec les doigts. De plus, il ne fait le taxis qu'avec le chloroforme, et il pose en principe d'opérer immédiatement, si on n'est pas parvenu à réduire.

M. Desprès. Je connais le fait auquel M. Berger vient de faire allusion. Le pseudo-étranglement intestinal peut être facilement distingué de l'étranglement vrai. Le premier cède tout seul; le second se montre avec les trois signes réunis, vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, absence d'émissions gazeuses.

M. Gosselin a, suivant moi, rendu un mauvais service, lorsqu'il a publié ses leçons sur le taxis prolongé avec le chloroforme. Beaucoup de médecins ont outrepassé la parole du maître, en cherchant à réduire quand même des hernies, qui ne peuvent pas se

réduire par le taxis. Le chloroforme n'a pas l'influence qu'on lui attribue dans la réduction des hernies, attendu que ce n'est pas la contraction des muscles abdominaux, mais le dépoli de l'intestin, qui empêche cette réduction. Quant à moi, je donne un bain et je fais le taxis après le bain. Je considère cette pratique comme excellente.

M. Terrier. M. Desprès dit avec juste raison qu'on est sûr d'avoir affaire à une hernie étranglée, quand on constate à la fois ces trois signes : vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre et absence d'émissions gazeuses. Mais, dans l'observation de M. Cabadé, il n'y avait pas eu de vomissements fécaloïdes. Le ballonnement du ventre ne s'était montré qu'au bout de quelques jours. Quant à l'émission des gaz, il est quelquefois difficile de s'en rendre compte, car, en donnant des lavements, on injecte souvent de l'air. Si alors il y a des gaz rendus, on ne sait pas à quelle espèce de gaz on a affaire.

Je ne crois pas qu'en plongeant un malade dans un bain on favorise la réduction.

Dans le cas rapporté par M. Cabadé, j'aurais opéré plus tôt. Lorsque je suis en présence d'une hernie étranglée, j'imite la pratique de mon ancien chef de service, Jarjanay, en opérant le plus tôt possible; je me suis toujours bien trouvé de cette manière de procéder. Il m'est arrivé deux fois de faire une opération pour des épiplocèles s'accompagnant de phénomènes très graves d'étranglement. Les malades ont bien guéri. J'aime mieux me tromper en opérant un épiplocèle, que d'avoir à regretter une temporisation trop longue dans le cas d'une hernie étranglée.

M. Desprès dit que la difficulté de la réduction dépend du dépoli de la surface de l'intestin. Je ne comprends pas ce mécanisme nouveau de l'irréductibilité, et je ne pense pas que le dépoli de l'intestin puisse jamais lui empêcher de rentrer.

M. Desprès. Desault recommandait le bain avant le taxis, parce qu'une expérience séculaire avait appris que le bain facilitait la réduction des hernies.

Je crois qu'il est possible de diagnostiquer sûrement une épiplocèle d'une hernie étranglée. Malgaigne avait dit que, dans le cas d'épiplocèle, on sentait, derrière la paroi abdominale, une sorte de corde tendue, mais ce signe est difficile à constater ou n'existe pas. A son défaut, il y a toujours quelques gaz émis par l'anus, dans l'épiplocèle, le ballonnement du ventre n'est pas celui de la hernie étranglée et il y n'a pas de vomissements fécaloïdes, mais seulement des vomissements verts de nature bilieuse.

M. Verneuil. Le bain chaud est un excellent moyen pour faci-

liter la réduction des hernies inguinales. Il agit en assouplissant et en relâchant les muscles de l'abdomen. Mais il ne sert à rien dans les hernies crurales. La chloroformisation agit à la manière du bain et rend des services bien plus grands.

M. Terrier. M. Desprès dit que l'on peut reconnaître à coup sûr une épiplocèle. Mais pour cela il faut attendre trois ou quatre jours. Pour moi, j'aime mieux faire une opération, qui n'est nullement dangereuse, que d'attendre que l'opération soit devenue absolument inefficace.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Communication

par M. Lannelongue,

Sur dix-huit cas de corps étrangers de l'œsophage chez des enfants, suivis d'une observation chez l'adulte. — Considérations qui découlent de ces faits.

Messieurs, la brillante communication de M. Verneuil sur un cas de corps étranger du rectum m'autorise à considérer comme ouverte une discussion sur les corps étrangers de l'appareil de la digestion, et je me crois dès lors autorisé à vous entretenir des faits, que j'ai eu l'occasion d'observer, en y ajoutant quelques réflexions que je crois utile de faire connaître. Le nombre de ces faits, dix-huit, dans une période de trois ans et demi, témoigne de la fréquence des corps étrangers dans le jeune âge.

Ils ont tous été observés à l'hôpital Sainte-Eugénie.

D'après leur nature ces corps se décomposent ainsi :

Treize pièces de monnaie, douze sous en cuivre de 5 centimes et une pièce de deux francs.

Un bouton de nacre de deux centimètres et demi de diamètre et d'un millimètre d'épaisseur, arrondi à sa circonférence.

Une petite roue de deux centimètres de diamètre, avec cinq rayons, provenant d'un wagon de ces petits chemins de fer qui intéressent si vivement les enfants.

Une petite assiette en cupule, en étain, à bords assez tranchants, de deux centimètres et deux millimètres de diamètre, provenant d'un petit ménage d'enfant.

Une autre assiette plate, un peu large, à bords tranchants, de même origine que la précédente.

Enfin une petite bouteille en verre mince et transparent ; c'est

une miniature de bouteille, de huit centimètres de long et d'un centimètre et demi de largeur dans sa partie la plus large. Ces bouteilles à col fermé par un petit bouchon, sont pleines d'habitude de sirops divers, cassis, groseilles, etc.; celle qui a été avalée contenait du curaçao.

J'ai conservé tous ces différents corps étrangers, et je les mets aujourd'hui sous les yeux de la Société. Comme vous le voyez, chacun a sa petite légende.

Cette énumération vous indique l'origine de ces corps étrangers; ce sont les objets que l'on donne, pour leurs amusements et leurs jeux, à des enfants sur qui on n'exerce pas une surveillance suffisante. Le plus jeune de mes petits malades avait dix-huit mois; le plus âgé huit ans et demi. Le plus grand nombre avait de trois à cinq ans et demi. C'est, comme vous le voyez, la période de la vie, où la raison n'est pas encore venue, qui se trouve la plus exposée à ce genre d'accidents.

S'il arrive quelquefois que la gourmandise pousse les enfants à commettre un acte de gloutonnerie, et, pour être plus sûrs du contenu, à avaler le contenant, comme le fit une petite fille avec sa bouteille de curaçao, le plus ordinairement ce sont d'autres circonstances qui président à l'introduction du corps étranger. Au milieu de toutes les fantaisies et de tous les caprices de leurs jeux, les enfants mettent volontiers dans leur bouche les menus objets qui servent à leurs amusements. C'est ainsi que pour mieux reproduire la représentation d'un repas, ils introduisent l'assiette du petit ménage dans leur bouche, ils goûtent le mets. Puis l'assiette est avalée par surprise dans un mouvement de déglutition soudain, ou par un acte de la volonté. Mais ici la volonté est inconsciente du péril qui peut en résulter. On comprend que les pièces de monnaie, les sous qu'on leur donne si facilement, constituent la majeure partie de ces corps étrangers.

La faute commise, les enfants n'avouent pas d'habitude immédiatement leur méfait ; plus ils sont jeunes, moins ils sont raisonnables. Il en est d'ailleurs qui ne parlent pas encore. La petite fille qui avait avalé la roue du wagon d'un petit chemin de fer, n'avait que dix-huit mois. D'autres redoutent de faire un aveu. Il est vrai qu'ils sont souvent dénoncés par un ami vrai ou faux, un camarade, un surveillant quelconque qui a assisté à la scène.

Les troubles immédiats, comme la douleur, la difficulté d'avaler, les troubles respiratoires ne sont pas d'ailleurs toujours accentués, ou s'ils sont plus prononcés tout d'abord, ils paraissent cesser assez vite. Il en résulte que les parents avertis, ne procédant pas toujours à une enquête rigoureuse, par négligence ou par défaut de savoir, sont abusés et n'accordent qu'une médiocre con-

fiance au récit qu'on leur fait. S'ils prennent un avis plus éclairé, la chose va d'elle-même ; l'exploration méthodique fait vite reconnaître au médecin la présence d'un corps étranger récemment avalé. Mais dans d'autres circonstances le médecin n'est pas même consulté, on court chez le pharmacien qui recommande un vomitif, et les vomissements n'étant pas suivis de résultat, les parents, qui n'ont pas assisté à l'incident du début, conservent la persuasion qu'il n'y a pas eu de corps étranger iutroduit dans l'économie. C'est ainsi qu'on nous amène à l'hôpital des enfants, qui sont restés en possession d'un corps étranger de l'œsophage pendant huit jours. Cela est arrivé deux fois sur le nombre de dix-huit corps étrangers ; et trois ou quatre fois, l'événement s'était produit quatre ou cinq jours avant notre examen. Chez ces petits sujets l'élément douleur est fort peu accusé; cet élément ne se révèle, d'ailleurs, qu'au moment de la déglutition. Les troubles de la déglutition sont les plus prononcés ; les enfants n'avalent plus qu'avec peine, difficulté et même douleur. Les liquides trouvent un passage plus aisé ; mais les aliments solides éprouvent d'habitude plus de résistance, et quelquefois le bol alimentaire ne passe pour ainsi dire pas ou avec grande lenteur. Aussi les enfants se refusent-ils à manger. Nous avons eu l'occasion d'observer, en même temps, quelques troubles respiratoires, qui ne paraissaient cependant pas dus à la compression de la trachée et qui pouvaient d'ailleurs n'être qu'une coïncidence. Il n'en est pas de même de certains troubles phonateurs. Une petite fille de quatre ans portait, depuis dix jours, dans l'œsophage, une petite assiette creuse, en étain ; elle avait une voix un peu croupale, qui ne provenait certainement pas de la compression des voies aériennes. Tout nous fit penser qu'elle était d'origine réflexe ; elle avait cessé le lendemain de l'extirpation du corps étranger.

Les phénomènes précédents n'ont jusque-là qu'une importance médiocre ; nul doute qu'ils ne prissent un caractère de gravité plus fâcheux, si on ne délivrait pas les petits sujets. Je n'en veux d'autre preuve que l'histoire de cet écu de cinq francs, conservé au musée Dupuytren, qui ulcéra l'aorte et amena une mort prompte.

Quoi qu'il en soit, lorsqu'on nous conduit les petits malades à l'hôpital, la première question qui se pose, est celle de savoir s'il existe bien réellement un corps étranger à l'orifice œsophagien ou dans le conduit.

Les renseignements minutieusement pris, les phénomènes qui se sont produits depuis l'accident, constituent bien des données, mais ces données seraient par trop insuffisantes.

L'exploration s'impose ; elle doit être raisonnée, méthodique et faite avec d'autant plus de douceur que l'accident est plus ancien.

L'exploration du pharynx à l'aide des miroirs est extrêmement difficile chez les petits sujets, et j'ai dû y renoncer à cause des luttes qu'on est obligé d'engager avec eux. Il est préférable, à mon sens, de procéder avec le doigt. L'enfant étant bien tenu, avec un baillon ou un écarteur des mâchoires dans la bouche, on peut examiner facilement la cavité pharyngienne et même introduire le bout du doigt indicateur dans l'orifice supérieur de l'œsophage. Le plus souvent on trouvera à ce niveau le corps étranger, pièce de monnaie, petit objet de ménage, etc. Mais, dans d'autres circonstances, cette première exploration sera négative; on doit la complèter par l'exploration avec la sonde olivaire d'un volume approprié aux dimensions du conduit.

La sonde donnera un résultat positif dans la majorité des cas; elle indiquera un passage intercepté ou rendu plus difficile; elle déterminera un bruit de frottement contre un corps étranger métallique. Mais lorsqu'un corps étranger a séjourné plusieurs jours, l'exploration par la sonde est moins significative, et il m'est arrivé, au moins deux fois, de commettre avec la sonde une erreur, que l'usage du panier de Graef a redressé. J'avais parcouru avec la sonde olivaire tout le conduit œsophagien sans éprouver de résistance et sans percevoir de bruit, j'eus alors l'idée d'introduire le panier de Graef. En le ramenant, je sentis une résistance, dont je parvins à triompher en retirant du même coup une pièce de monnaie. C'était une pièce de 2 francs qui avait séjourné sept jours et qui était méconnaissable tout d'abord. Une épaisse couche de nourriture (pain et bœuf) la recouvrait entièrement. C'était l'explication de l'absence de frottement au passage de la sonde. Pareil fait s'est reproduit dans une circonstance identique; le corps étranger était une petite assiette plate en étain entièrement recouverte de viande. Je mets sous les yeux de la Société la pièce de 2 francs, telle qu'elle a été retirée.

En résumé, le passage de la sonde olivaire ne donne plus les mêmes résultats, lorsque le corps étranger a séjourné quelque temps. Le cathétérisme avec la sonde est donc insuffisant dans l'espèce, et il est devenu nécessaire de rendre l'exploration plus complète par le panier de Graef. Celui-ci donne les mêmes sensations que la sonde olivaire; mais il a cet autre avantage de permettre d'accrocher au retour un corps étranger placé de champ, que l'on n'avait pas senti à l'aller.

Le panier de Graef est au surplus un excellent moyen d'extraction des corps étrangers de l'œsophage; il me paraît convenir surtout pour les pièces de monnaie et pour les corps de même forme dont la circonférence est assez épaisse. Je n'ai jamais échoué avec cet instrument pour les treize pièces de monnaie que j'ai enlevées,

et l'extraction en a été facile. J'ai pu pareillement ramener au dehors la petite roue de wagon, dont j'ai parlé, et d'autres objets de même forme. Mais j'ai échoué pour l'extraction d'une petite cupule à bords tranchants ; le corps étranger avait séjourné six jours et donnait lieu à quelques phénomènes dyspnéiques ainsi qu'à l'altération de la voix dont j'ai parlé. Il fut assez aisément accroché par le panier; mais l'instrument lâcha prise plusieurs fois. Les manœuvres étaient faites avec douceur ; cependant du sang fut rejeté en assez grande abondance. Il était évident que le corps étranger, dont les bords étaient tranchants, avait pénétré dans les parois du conduit. Je dus cesser les manœuvres et renvoyer au lendemain de nouvelles tentatives. L'enfant, c'était une petite fille de quatre ans, cracha du sang une partie de la journée et refusa toute nourriture. Le lendemain, je procédai différemment et pour ainsi dire avec plus de méthode. Avec la sonde je mesurai la distance qui séparait le corps étranger des incisives inférieures; puis je conduisis la longue pince œsophagienne, dite de Collin, dans l'œsophage jusqu'au point relevé par la mensuration. Le corps était contre la paroi œsophagienne, au niveau d'un plan qui passait par la fourchette du sternum. Par de petites manœuvres, je cherchai à saisir avec ma pince un des bords de la cupule, ce fut inutilement. C'est alors que je cherchai à dégager le corps étranger en appliquant l'extrémité mousse de ma pince sur la paroi de l'œsophage que je déprimais. Ce changement de manœuvres réussit à mon gré et je sentis manifestement la petite cupule se dégager. J'introduisis alors le balai anglais au-dessous d'elle et elle se trouva ramenée facilement. Ce balai avait échoué antérieurement à la dernière manœuvre faite avec la pince. La guérison de l'enfant fut prompte.

Il est un autre corps étranger qui m'a donné quelques soucis; son histoire sera brève.

Une fillette de quatre ans, avale un de ces petits flacons en verre, rempli de curaçao. L'accident était arrivé la veille, quand on la conduisit à l'hôpital. L'enfant ne paraissait pas éprouver de douleurs; elle avait mangé comme d'ordinaire. Le corps étranger était évidemment parvenu dans l'estomac sans se briser. Quelle conduite devais-je tenir? Après réflexion, je ne vis pas d'indication pressante à remplir. L'enfant reçut un lit dans mon service ; on la mit à une alimentation douce, et ordre fut donné de recueillir avec soin les matières rendues, en même temps qu'on surveillerait ce qui se produirait. Deux jours après, dans une selle un peu douloureuse, l'enfant rendit, en un morceau, environ la moitié de la bouteille. Un peu plus tard, on retrouva le col avec son bouchon et les autres petits fragments, qui permirent de reconstituer bientôt le flacon à peu près au complet.

Tels sont les faits des corps étrangers de l'œsophage que j'ai observés chez les enfants, dans une période de près de quatre ans.

Pendant tout le cours de mes années chirurgicales antérieures, c'est-à-dire, pendant plus de quinze ans, je n'ai gardé le souvenir que d'un seul cas de corps étranger chez l'adulte. Il s'agissait d'un militaire, qui jetait en l'air un oignon et le recevait dans sa bouche; dans un de ces exercices l'oignon s'engouffre dans le pharynx. Une heure après environ on apportait ce malheureux à l'hospice de Bicêtre; il asphyxiait. On sentait l'oignon dans la partie latérale gauche et inférieure du cou. L'état de cet homme imposait d'agir promptement. N'ayant sous la main que des pinces à polypes des fosses nasales, je m'en servis tout d'abord. Ce fut inutilement; je ne parvenais pas à saisir convenablement le corps étranger. L'angoisse du malade augmentait sans cesse. Il me vint à l'esprit d'essayer l'emploi d'un brise-pierre. La branche mâle fut conduite heureusement entre la partie inférieure du pharynx et le corps étranger ; puis je glissai la branche femelle et je saisis dans un mouvement de latéralité, une partie de l'oignon susdit. Je n'eus presque pas besoin de chercher à l'écraser ; car dans un effort violent, le malade le rejeta presque en entier.

Discussion.

M. Desprès trouve que M. Lannelongue s'est mis bien inutilement en frais de procédés pour extraire les corps étrangers de l'œsophage. Il y a quelques jours, on m'amène un enfant qui venait d'avaler un sou ; je le renvoie chez ses parents en leur recommandant de lui faire manger une bouillie épaisse et d'avoir soin de regarder tous les jours dans ses garde-robes. Trois jours après, on m'apportait le corps étranger qui, en effet, avait été rendu avec les selles. Quant à l'oignon, je l'aurais repoussé dans l'estomac, au lieu de l'extraire.

M. Lannelongue répond qu'il n'a rien inventé dans les procédés opératoires qu'il a employés ; que l'œsophage d'un enfant de 18 mois ne peut pas laisser passer un sou. Quant à l'oignon, il était trop volumineux pour qu'on pût le repousser. Le soldat était presque moribond et on pouvait le tuer en repoussant son corps étranger dans l'estomac.

Lecture.

M. le Dr Vérité lit un travail intitulé :

Concrétions muqueuses des fosses nasales postérieures.

Ce travail est confié à M. Duplay pour faire un rapport.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 19 mai 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — Les *Annales de gynécologie*. — Le *Lyon médical*. — Le *Journal de la Société de la Haute-Vienne*. — L'*Alger médical*. — La *Revue médicale*. — La *Revue scientifique* ;

3° *The British medical*. — Le *Nouveau journal médical de New-York*. — *Centralblatt für chirurgie* — La *Gazette de santé militaire de Madrid* ;

4° *De la version par manœuvres externes*, par le Dr Hubert, de Louvain ;

5° Les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy* ;

6° Deux exemplaires de la thèse de M. Charles Leroux, intitulée: *Des amputations et des résections chez les phtisiques*, pour le prix Duval ;

7° Une lettre de M. Panas, demandant le titre de membre honoraire ;

8° Une lettre de M. Monod, chirurgien des hôpitaux, qui se porte candidat au titre de membre titulaire.

M. le président annonce que MM. Chauvel, Monteils et Jules Bœckel, membres correspondants, assistent à la séance.

A propos du procès-verbal.

M. DESPRÈS. Pour faire suite aux faits de corps étrangers de l'œsophage, communiqués par M. Lannelongue, j'ai apporté deux aiguilles que j'ai extraites de la partie inférieure du pharynx chez deux malades différents. La première aiguille, qui est la plus longue, a été avalée accidentellement par une femme. Elle s'était arrêtée à l'orifice supérieur de l'œsophage. Je me suis d'abord demandé

s'il était bien vrai qu'une aiguille avait été avalée, et je me suis mis en devoir d'explorer le pharynx et l'œsophage, aussi loin que je pourrais le faire, avec mon doigt. Pour cela, après avoir fait mettre la malade à genoux devant moi et lui avoir commandé de regarder en l'air, j'ai introduit mon doigt dans le pharynx et je l'ai poussé à une profondeur de 14 à 15 centimètres. Mes explorations ne m'ont d'abord rien fait découvrir ; cependant j'ai fini par sentir la pointe de l'aiguille, que j'ai piquée dans l'extrémité de mon doigt et que j'ai ainsi retirée. Moins d'un mois après ce premier fait, j'en observai un autre semblable. Un malade avait avalé une aiguille en mangeant sa soupe. J'explorai, je trouvai la pointe de l'aiguille et je la retirai en la fixant dans mon doigt, comme précédemment.

Lorsque la pointe d'une aiguille dans le pharynx est située en avant, ce procédé d'extraction est simple et commode. Il est, en effet, difficile et dangereux d'aller chercher avec une pince une aiguille fixée à la partie supérieure de l'œsophage.

M. le secrétaire général lit la première partie du travail de M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, sur la *tarsotomie*. Ce travail sera publié prochainement.

Élection.

La Société vote par *oui* et par *non* sur la demande d'honorariat formulée par M. Maurice Perrin. Sur 23 votants, il y a 21 bulletins affirmatifs et 2 bulletins blancs. En conséquence, M. Maurice Perrin est élu membre honoraire.

Communication

par M. TERRILLON.

SUR L'EMPLOI DU BROMURE D'ÉTHYLE COMME ANESTHÉSIQUE GÉNÉRAL.

A propos d'une communication que j'ai faite, au mois de mars dernier, sur l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique local, j'avais indiqué que, depuis le mois de novembre 1879, j'avais fait un assez grand nombre d'expériences sur des chiens et des cochons d'Inde, expériences qui avaient pour but de recher-

cher quels pouvaient être les avantages de cette substance pour obtenir l'anesthésie générale.

Grâce à l'obligeant concours de M. Yvon, pharmacien, qui préparait lui-même avec grand soin le bromure d'éthyle, j'ai pu faire des expériences variées sur dix-huit chiens, quatre ou cinq cochons d'Inde et trois lapins.

Malgré les résultats favorables que nous avaient donné ces expériences, je n'avais pas, à l'époque de ma première communication, employé ce mode d'anesthésie chez l'homme. M. Lucas-Championnière m'ayant signalé plusieurs articles, publiés par MM. Lewis et Turnbull, j'ai vu que ces chirurgiens distingués avaient employé un grand nombre de fois le bromure d'éthyle pour produire l'anesthésie pendant des opérations de durée variable. Après avoir lu attentivement leurs communications, et m'étant pénétré de la façon dont le bromure d'éthyle avait été employé par eux, je n'hésitai pas à endormir une des malades de mon service, à l'hôpital de Lourcine. Je communiquai à la Société cette première expérience, le 20 mars. Depuis cette époque, j'ai pu, grâce à l'obligeance de M. le professeur Verneuil et de M. le Dr Périer, endormir quatorze malades, soit dans le service de ces Messieurs, soit dans mon propre service, à Lourcine.

Je crois pouvoir, grâce à ces faits, donner quelques indications importantes sur le mode d'action du bromure d'éthyle, d'autant plus que la plupart des résultats, que j'ai obtenus, ont été assez semblables à ceux obtenus par les chirurgiens américains.

Sur mes quatorze malades, l'anesthésie a duré depuis sept à huit minutes jusqu'à une demi-heure, et même, sur un malade de M. Périer, elle fut maintenue pendant une heure entière.

Pour indiquer plus nettement les résultats obtenus, je les examinerai à trois périodes différentes :

1° Période du début ou précédant l'anesthésie et la résolution musculaire ;

2° Période d'anesthésie pendant l'opération ;

3° Réveil et phénomènes consécutifs.

Première période. — La quantité de bromure donnée dès le début doit être assez considérable ; 5 ou 6 grammes doivent être versés sur une compresse pliée en plusieurs doubles et recouvrant largement la figure du patient. Il faut avoir soin de faire pratiquer au malade plusieurs grandes inspirations, qui permettent l'entrée rapide d'une certaine quantité de vapeur d'éthyle mélangée avec très peu d'air.

Le bromure d'éthyle, préparé par M. Yvon, et dont je me suis toujours servi, donnant une odeur légèrement éthérée, mais nulle-

ment désagréable, irrite peu les muqueuses des voies respiratoires; aussi ne provoque-t-il pas des phénomènes de suffocation et des quintes de toux comme certains autres anesthésiques.

L'anesthésie est ordinairement produite avec une très grande rapidité, le plus souvent en moins d'une minute, et sans provoquer de phénomènes pénibles pour le malade. Si on veut produire la résolution musculaire complète, il faut attendre une ou plusieurs minutes chez la plupart des malades. On voit alors survenir une période d'excitation, relativement peu accentuée, et qui est remarquable par ce fait que les phénomènes convulsifs, au lieu d'être cloniques et bruyants comme ceux produits par l'éther et le chloroforme, ont au contraire le caractère tonique, les membres supérieurs et inférieurs étant roidis convulsivement. Ces phénomènes sont marqués surtout, et à leur summum d'intensité, chez les alcooliques ; toutefois, ils cessent au bout de quelques instants, et cèdent devant une résolution complète.

Pendant toute cette période, et, dès son début, la face et le cou sont congestionnés ; les pupilles moyennement dilatées, sans aucune tendance au resserrement ; les conjonctives légèrement injectées ; le pouls accéléré, devenant souvent très rapide ; la respiration ne semble pas gênée, excepté lorsque les muscles du thorax se roidissent momentanément.

Deuxième période. — Pour entretenir l'état d'anesthésie et de résolution, il faut avoir soin de laisser une certaine quantité d'air se mélanger aux vapeurs de bromure; mais il est nécessaire de ne pas faire d'interruptions trop prolongées ; car le bromure d'éthyle s'éliminant avec une grande rapidité, le réveil pourrait survenir, et on verrait les phénomènes du début reparaître par l'administration d'une nouvelle dose d'anesthésique.

Chaque fois que l'on verse sur la compresse une nouvelle quantité de liquide, on voit survenir une accélération notable du pouls et de la respiration, s'accompagnant quelquefois d'une légère excitation du malade.

La face et le cou sont encore fortement congestionnés, et se couvrent d'une sueur abondante, mais ils n'ont, en aucun cas, présenté la teinte violacée de l'asphyxie.

Il est un phénomène sur lequel je désire attirer spécialement l'attention, car il peut être la cause principale des inquiétudes que pourraient donner quelques malades. Je veux parler de l'accumulation de mucosités dans la bouche et le pharynx, lesquelles gênant la respiration et la rendant bruyante, sont susceptibles de donner quelque émotion. Ces mucosités paraissent être dues, au moins d'après l'explication la plus rationnelle, à l'augmentation de pro-

duction de la salive, qui reconnaîtrait pour cause la congestion de la tête. Il est un moyen facile de se débarrasser de cet inconvénient ; c'est d'enlever largement, avec une éponge montée, ces mucosités pharyngiennes ; on voit aussitôt la respiration redevenir normale, profonde et régulière.

Ces mucosités paraissent avoir encore comme conséquence de provoquer des efforts de régurgitation, qui peuvent simuler des efforts de vomissement, lorsqu'on n'est pas prévenu de ce fait.

Dans aucun des cas d'anesthésie que j'ai provoqués, je n'ai eu besoin d'employer la pince pour attirer la langue au dehors. Jamais je n'ai vu survenir de tendance à l'arrêt du pouls ou de la respiration, comme cela se produit, notamment, avec le chloroforme.

En résumé, les phénomènes principaux produits par le bromure d'éthyle sont plutôt des phénomènes de congestion et d'accélération du pouls et de la respiration, qu'on pourrait opposer aux symptômes d'anémie et à la tendance à la syncope que produisent souvent d'autres anesthésiques.

Troisième période. — Réveil. Le réveil est remarquablement rapide ; en une demi-minute, rarement plus d'une minute et demie, il est complet. Le malade peut causer, répondre aux questions, et n'a le plus souvent ni malaises, ni tendance irrésistible au sommeil. Cette facilité du réveil a été notée, non seulement dans les cas où l'anesthésie n'a duré que quelques minutes, mais aussi dans ceux où elle a été prolongée pendant une demi-heure et même chez le malade qui est resté anesthésié pendant une heure.

Une question importante, qui mérite d'être discutée d'une façon spéciale, est celle des vomissements.

Lewis prétend qu'ils sont moins fréquents et moins tenaces que ceux produits par le chloroforme ou l'éther. D'après les cas que j'ai observés, je ne puis être absolument de son avis. En effet, plusieurs des malades ont eu quelques vomissements pendant la période d'anesthésie ; un ou deux seulement vomirent au moment du réveil ; enfin près de la moitié eurent des vomissements, plus ou moins tenaces, qui débutèrent quelques heures seulement après la fin de l'anesthésie. Il est vrai que la plupart des malades endormis étaient des femmes, ordinairement dyspeptiques et vomissant facilement.

Quoi qu'il en soit, un plus grand nombre d'observations est nécessaire pour éclaircir cette question importante.

Pour terminer cette communication, je dirai que jusqu'à présent, d'après ce que j'ai vu sur les animaux et sur l'homme, le bromure d'éthyle semble être un anesthésique digne d'intérêt, surtout quand il s'agit de pratiquer une opération rapide et ne demandant pas une résolution musculaire trop prononcée.

La rapidité de l'anesthésie, l'absence de phénomènes graves et brusques pendant le sommeil, le réveil facile et agréable sont autant de raisons qui militent en faveur de cette conclusion.

Quant aux anesthésies exigeant la résolution musculaire complète ainsi que la prolongation du sommeil anesthésique, je ne saurais me prononcer encore sur ce point. J'ai indiqué les phénomènes observés, mais je ne puis dire, d'une façon certaine, si pour ces cas, le bromure d'éthyle est préférable aux autres anesthésiques. L'avenir seul permettra de juger cette question, qui semble cependant résolue pour les chirurgiens américains que j'ai cités; pour eux en effet le bromure d'éthyle présente les mêmes avantages que les autres anesthésiques, sans avoir à craindre avec lui des accidents graves ou mortels qu'ils n'ont jamais constatés.

Discussion.

M. Berger. Bien que j'aie sur le bromure d'éthyle une expérience plus restreinte que celle de M. Terrillon, je suis arrivé à peu près aux mêmes conclusions que lui. Je crois, cependant, que l'on ne doit adopter cet agent qu'avec la plus grande réserve pour produire l'anesthésie générale pendant une durée un peu longue. Je suis arrivé à cette conviction à la suite d'un certain nombre d'expériences entreprises avec M. Charles Richet. En effet, nous avons été frappés de la facilité et de la rapidité avec laquelle meurent les animaux soumis au bromure d'éthyle. Un lapin, que nous avions placé dans une cloche contenant une éponge imbibée de 10 grammes de bromure d'éthyle, a montré d'abord de l'agitation, puis il s'est engourdi et a succombé au bout de peu de temps. Dans toutes nos expériences sur les lapins, nous avons trouvé que la période, qui sépare l'anesthésie de la mort, est extrêmement courte. Ce fait a été confirmé par nos expériences sur les chiens. L'odeur du bromure d'éthyle leur est extrêmement désagréable; ils s'agitent et poussent des cris plaintifs; en outre, ils salivent abondamment; leur pouls est faible et ondulant; la pupille est dilatée. Nous n'avons jamais obtenu une résolution complète; et lorsque nous poussions l'anesthésie plus loin, les chiens succombaient. Somme toute, il ne nous a pas paru qu'il y eut avantage à employer le bromure d'éthyle de préférence au chloroforme.

Je n'ai pas d'observations personnelles de malades endormis par le bromure d'éthyle, et j'avoue qu'après ce que j'ai vu chez les animaux, j'hésiterais à employer ce moyen chez l'homme. Dans un cas où le bromure d'éthyle était administré à un malade du service de M. Gosselin, il n'y eut pas de période de résolution. Le patient

présenta un stade d'agitation tonique ou tétanique avec rougeur de la peau, dilatation des veines sous-cutanées, pouls fréquent et ondulant. Dans un autre cas, il y eut des nausées et des vomissements considérables qui durèrent toute la journée.

J'ai encore vu, dans le service de M. Gosselin, deux hystériques être endormies le même jour, l'une par le chloroforme, l'autre par le bromure d'éthyle. La première a eu une agitation loquace, après quoi elle a été complètement anesthésiée; son réveil a été assez rapide; elle n'a pas eu de nausées et elle n'a pas souffert de la tête pendant la journée. L'autre a eu une agitation violente; son réveil a été rapide, mais elle a eu presque aussitôt une attaque d'hystérie, et pendant toute la journée elle a souffert de nausées et de vomissements.

En résumé, toutes les fois qu'il est nécessaire d'obtenir une anesthésie de longue durée, il ne me paraît ni avantageux ni prudent d'employer le bromure d'éthyle.

M. Verneuil. Je crois que le bromure d'éthyle a les avantages et les inconvénients du chloroforme; cependant j'ai été frappé de la singulière énergie de ce médicament. Il suffit, dans certains cas, de passer à deux ou trois reprises la compresse devant le visage des malades pour les endormir. M. Terrillon et moi avons été témoins du fait suivant : Une femme portait sur la joue un épithélioma que je voulais enlever avec le thermocautère. Nous projetâmes quelques vapeurs d'éthyle sur la joue, dans le but d'obtenir une anesthésie locale. En un instant, la patiente a été complètement endormie par les vapeurs qu'elle avait respirées accidentellement. Jamais le chloroforme n'agit avec autant de rapidité. Quoi qu'il en soit, les tentatives d'anesthésie locale avec le bromure d'éthyle ont donné des résultats très intéressants et très sérieux, et dont il faut tenir compte. J'ai eu l'occasion d'opérer un médecin d'une fistule à l'anus récidivée. Il avait déjà été endormi avec le chloroforme pour une première opération. J'ai fait l'anesthésie locale avec le bromure d'éthyle, et le patient n'a pas souffert. Il sentait à peine le thermocautère. Chez une jeune fille, qui porte une ostéite du calcaneum, j'ai pu, après l'anesthésie locale avec le bromure d'éthyle, enfoncer cinq fois le thermocauthère jusqu'à l'os, sans que la patiente se plaignit. Je crois donc qu'il y a lieu de conserver le bromure d'éthyle pour l'anesthésie locale.

M. Trélat. A l'occasion des divers modes d'anesthésie, je désire signaler à la Société un mode d'anesthésie qui me donne journellement les meilleurs résultats. J'emploie concurremment l'hydrate de chloral à l'intérieur et le chloroforme en inhalations. Aux enfants et aux femmes faibles, je fais prendre 2 grammes

de chloral et je pratique l'anesthésie chloroformique; aux homme je donne 4 grammes de chloral avant la chloroformisation. Lorsque le chloroforme est contre-indiqué, je fais prendre 6 grammes de chloral. Je développerai dans la séance prochaine les résultats que j'obtiens.

M. Lucas-Championnière. J'ai pensé que l'on pouvait donner le bromure d'éthyle aux femmes en travail, comme on donne le chloroforme, à très petites doses. Je n'ai fait qu'une seule tentative, et j'ai obtenu des résultats à peu près analogues à ceux du chloroforme. Cependant je dois dire que l'effet était moins marqué qu'avec le chloroforme. L'odeur du bromure d'éthyle est sensiblement plus désagréable que celle du chloroforme; il est plus volatil; aussi les aides, qui l'administrent, en sont facilement incommodés.

L'anesthésie avec le bromure d'éthyle, chez les femmes en couches, est analogue à l'anesthésie avec l'éther, au point de vue des étouffements qu'il produit. Peut-être y aurait-il quelque avantage à associer le bromure d'éthyle au chloroforme, comme on a associé ce dernier agent à l'éther ; car les deux anesthésies ont une action différente, l'une produisant une dépression, l'autre une exaltation.

M. Le Dentu. Il n'est pas inutile de rappeler, à l'occasion de la méthode employée par M. Trélat, qui administre avant l'anesthésie par le chloroforme une certaine dose de chloral, qu'il y a quatre ans, Dolbeau avait fortement insisté sur les dangers de cette association et avait signalé plusieurs faits dans lesquels l'anesthésie, pratiquée de cette manière, avait présenté des phénomènes inquiétants. Par conséquent, tout en admettant que l'on puisse préparer la chloroformisation par l'administration du chloral, il est bon de connaître ces faits et les dangers auxquels on s'expose.

M. Nicaise. J'ai employé plusieurs fois le bromure d'éthyle pour faire des cautérisations et des incisions, et j'ai obtenu une anesthésie suffisante pour empêcher les malades de souffrir. J'ai également employé l'iodure d'éthyle en pulvérisation. On obtient bien l'analgésie avec cet agent, mais si alors on fait usage du fer rouge cu du thermocautère, l'iodure d'éthyle se décompose et il se dégage des quantités considérables de vapeur, d'acide iodhydrique qui sont très désagréables pour le malade et pour le chirurgien. Lorsque je n'ai pas à me servir du thermocautère, j'emploie beaucoup la pulvérisation de l'éther pour produire l'anesthésie locale. J'ai opéré dernièrement un phimosis avec ce procédé; le patient n'a absolument rien senti. Comme l'éther avait congelé les parties, la muqueuse et la peau du prépuce étaient en contact; aussi je n'ai eu qu'à placer les serre-fines pour obtenir un affrontement exact. La réunion immédiate a eu lieu.

M. Terrillon. Mes résultats sur l'anesthésie des animaux par le bromure d'éthyle diffèrent de ceux de M. Berger. Je ne me suis pas servi d'une cloche, mais d'une simple compresse pour les endormir, et je ne me suis servi que d'une très petite quantité de bromure d'éthyle. J'ai endormi ainsi quatre lapins et je n'ai pas observé d'accidents. Quant aux chiens, j'en ai endormi dix-huit. J'ai constaté chez eux de l'agitation, mais cette agitation n'est pas constante. Pour les endormir je me servais d'une muselière en grillage, dans laquelle je plaçais une éponge, imbibée de bromure d'éthyle. J'ai pu ainsi obtenir la résolution musculaire absolument complète, au point de pouvoir mettre à nu les canaux différents et d'y faire des injections de nitrate d'argent dans le but de produire des épididymites, au point encore de détruire le nerf dentaire inférieur par l'électrolyse. Chez ces dix-huit chiens, je n'ai pas eu de cas de mort, quelque longue et délicate que fût l'opération que je pratiquais. En résumé, j'ai trouvé une différence frappante entre l'action du bromure d'éthyle et celle du chloroforme, chez les chiens, au point de vue du danger de la mort.

M. Berger a cité une observation d'anesthésie sur l'homme dans laquelle il y avait eu dilatation de la pupille, congestion de la face et petitesse du pouls. Mais la dilatation de la pupille est un phénomène normal dans l'anesthésie par le bromure d'éthyle. Le pouls peut subir des variations, mais il ne m'a jamais semblé qu'il ait une tendance à disparaître. Quant aux vomissements, leur cause n'est pas encore connue. Certaines personnes, endormies soit par le chloroforme, soit par le bromure d'éthyle, vomissent, d'autres ne vomissent pas, sans que l'on sache à quoi attribuer ces différences.

L'odeur du bromure d'éthyle varie avec la manière de le préparer. Dans certaines préparations il a une odeur éthérée, qui n'est pas désagréable; dans d'autres il a une odeur fade, qui est pénible. Peut-être, la nature du bromure d'éthyle et son mode de préparation ont-elles une influence sur les résultats obtenus chez l'homme et chez les animaux. Léwis de Philadelphie a déjà fait la même remarque.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 26 mai 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Le *Journal de thérapeutique de Gubler*. — Le *Lyon médical*. — La *Revue médicale de l'Est*. — Le *Montpellier médical*. — La *Revue médicale*. — Le *Bulletin médical*. — La *Revue scientifique*.

3° *British medical*. — *Gazette médicale italienne lombarde*. — *Centralblatt für Chirurgie*. — Le *Journal d'Athènes*.

4° Le *Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique*. — Les *Mémoires et Bulletins de la Société de Bordeaux*.

5° *Essai critique sur le traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie*, par le Dr Roger, du Havre.

6° Une lettre de M. le président de l'Association française pour l'avancement des sciences annonçant que la prochaine session aura lieu du 12 au 19 août 1880 à Reims et demandant que la Société veuille bien s'y faire présenter.

7° Un Mémoire de M. Demons, de Bordeaux, intitulé : *Coup de revolver dans l'oreille droite. — Hémorrhagies primitives et secondaires. — Ligature de la carotide primitive droite, puis de la carotide primitive gauche. — Mort par anémie*. — (Renvoi à une commission composée de MM. Guéniot, Desprès, Cruveilhier.

M. le Président annonce que M. Patry, de Sainte-Maure, membre correspondant, assiste à la séance.

Rapport

par M. Giraud-Teulon.

Je viens, Messieurs, vous rendre compte, au nom d'une commission composée de MM. Sée, Farabeuf et Giraud-Teulon, rap-

porteur, d'un travail lu à cette tribune par M. le Dr Ch. Abadie. Ce travail a pour titre :

De la ténotomie partielle des muscles de l'œil pour combattre le développement de la myopie progressive.

Quelques mots seulement suffisent, et nous les empruntons à l'auteur du mémoire, pour justifier la présentation à votre compagnie d'un mémoire, destiné à faire rentrer dans le cadre des attributions de la chirurgie la thérapeutique d'une affection aussi importante à arrêter dans ses progrès qu'est la myopie progressive.

« Peu de sujets, dit avec raison l'auteur, sont plus dignes d'in-« térêt. Cette affection n'est-elle pas intimement liée au développe-« ment de la civilisation elle-même? N'est-il pas définitivement « établi, qu'elle a exclusivement pour origine l'application aux tra-« vaux rapprochés, base de toute civilisation ? Or, pendant la fixa-« tion de la vision associée à courte distance, deux actes physiolo-« giques sont en jeu : d'une part l'accommodation, de l'autre la « convergence mutuelle (synergique avec l'accommodation) des « globes oculaires. » La première question, qui s'offre, est donc de décider *auquel de ces deux facteurs* doit être attribuée, dans ce concours, l'origine même des altérations organiques, qui se traduisent fonctionnellement par l'excès de réfraction, ou la transformation en un ovoïde du sphéroïde oculaire ; est-ce à l'accommodation, est-ce à la convergence ?

M. Abadie n'hésite pas. D'accord en cela avec la grande généralité des ophtalmologistes, il établit : que « ce n'est pas « dans l'acte de l'accommodation qu'il faut chercher la raison d'être « du développement de la myopie, mais bien dans le fonctionne-« ment de la convergence. » Et ce point de départ commun pourrait nous suffire pour aborder immédiatement l'objet même du travail de l'auteur, c'est-à-dire, l'exposition et la critique, s'il y a lieu, de la méthode qu'il propose pour remédier à cette convergence défectueuse.

Le jugement à formuler sur cette méthode ne pourra évidemment qu'être influencé par celui porté sur les mécanismes que l'auteur considère comme en jeu dans cette convergence anormale, et sur les relations qui, selon lui, rattachent ces mécanismes à la production du staphylome postérieur. Des désaccords trop marqués entre le point de départ de notre confrère et les idées qu'a pû se faire la généralité sur cette pathogénie, ne sauraient qu'obscurcir les conclusions finales. Il faut qu'on y voie clair dans cette pathogénie, pour que l'on ait quelque confiance dans les obstacles à lui opposer.

Voyons donc comment, et par quelles relations, notre distingué confrère établit le passage entre une convergence difficile des axes optiques et la très précise et spéciale désorganisation de la région postérieure du globe, dont la myopie progressive est le symptôme.

« Est-ce, se demande M. Abadie, comme l'a indiqué M. Giraud-
« Teulon, parce que les obliques brident transversalement, comme
« le ferait une sangle, le globe oculaire, refoulant en avant et en
« arrière son contenu ? Est-ce parce que le droit externe, entraîné
« en avant, s'enroule à la surface du globe et le comprime latéra-
« lement dans le sens du méridien horizontal ? Ces hypothèses
« semblent rationnelles au premier abord ; mais, en y réfléchissant
« avec attention, on s'aperçoit qu'elles ne peuvent expliquer l'évo-
« lution systématique des lésions de la myopie progressive. En
« effet, ce n'est pas tout d'abord au *niveau du pôle postérieur de*
« *l'œil* que se développe le staphylome, comme cela devrait avoir
« lieu avec la théorie précédente, mais bien dans le voisinage
« du nerf optique. Or, la lésion initiale débute toujours au côté
« externe de la papille, affectant constamment la même forme,
« celle d'un croissant à grand diamètre vertical et se développant
« ultérieurement vers la macule. »

Se fondant sur cette critique, notre confrère repousse donc la théorie émise par nous en 1866, comme propre à expliquer la production du staphylome postérieur à la suite de la convergence des axes optiques, exagérée ou trop prolongée, et cherche dans d'autres mécanismes la cause immédiate de l'ectasie des membranes profondes.

Nous ne pourrions dire qu'il eût tort, si notre doctrine sur ce point délicat était, en effet, celle qu'il vient de nous exposer. Mais si ladite exposition a certains points de ressemblance avec une partie de notre argumentation, elle n'en présente en fait qu'une simple fraction et supprime précisément, dans nôtre propre exposé, la portion qui répond par avance à l'objection même qui fait le fond de sa critique.

Expliquons-nous : notre conception mécanique de la production du staphylome postérieur reposait sur deux ordres de considérations :

Dans les premières, nous montrions uniquement comment la convergence difficile ou insuffisante, et même parfois la simple convergence physiologique, amenait à sa suite un *excès de pression* dans l'intérieur du globe : première condition des effets constatés et reconnue par l'observation.

Dans la seconde partie de l'argumentation seulement était exposé comment, et par quel mécanisme, cet excès de pression faisait porter

et localisait l'ectasie, la déformation sur le lieu même, le siège régulier du staphylome postérieur, et non sur tout autre point.

Il est donc tout à fait concevable que, ne produisant que la première partie de notre argumentation et passant la seconde sous silence, notre confrère constate que cette première partie ne rende point compte de ce qui faisait l'objet de celle qui manque à l'appel.

Qu'il nous soit permis de rétablir notre texte intégral, en extrayant de la publication originale même de notre premier travail sur ces mécanismes[1] les éléments principaux d'une théorie qui, si elle doit être un jour décapitée, ne doit, en toute justice, l'être qu'après jugement, et non en l'absence du moindre interrogatoire.

Cette simple restitution est d'ailleurs nécessaire pour un rapprochement comparatif avec les mécanismes nouveaux que M. Abadie a produits devant la Société.

Voici donc ce que nous disions sur ce sujet dans le mémoire présenté, le 27 novembre 1866, à l'Académie de médecine.

Analysant le mouvement physiologique de la convergence des axes dans le plan horizontal, et suivant par la pensée les rapports mutuels des muscles pendant cet acte, nous voyons d'abord que ce simple mouvement, dans les conditions les plus physiologiques du monde, entraîne un accroissement graduel de la pression intérieure du globe : premièrement, parce que la somme des longueurs musculaires, qui embrasse le globe dans le plan horizontal, est diminuée par le seul fait du raccourcissement du droit interne; secondement, parce que, pendant ce même mouvement, sous la ceinture ou sangle des obliques, considérée comme anneau fixe, viennent s'engager successivement des diamètres de plus en plus grands de la coque oculaire.

Nous rappelons ensuite que les travaux de près ne s'exécutent, que tout à fait exceptionnellement, dans le plan horizontal des yeux ; que, dans l'immense généralité des cas, ils appellent l'abaissement du plan de regard. Or, cette condition détermine (il serait trop long de nous arrêter à le démontrer ici) l'intervention, dans l'acte de la convergence en bas, d'un facteur nouveau, dont le nom seul équivaudra pour vous à une nouvelle cause, mais moins évidente, d'excès de pression intrà-oculaire; je veux parler de l'oblique supérieur. Obligé de développer un excès d'énergie pour assurer, dans cette position du regard, le maintien en parallélisme dans le plan vertical des méridiens primaires verticaux des deux organes, il raccourcit d'autant la ceinture des obliques et accroît

[1] Du mécanisme de la production et du développement du staphylome postérieur et de ses rapports avec l'insuffisance du droit interne. (*Ann. d'oculistique*, 1866.)

dans la même mesure la tension de l'enveloppe scléroticale.

Au seul point de vue physiologique, la convergence des axes optiques entraîne donc, *ipso facto*, un accroissement forcé de la pression intérieure de l'œil. Et il n'est pas dès lors téméraire d'admettre qu'une circonstance, à peine pathologique, mais ayant pour effet un amoindrissement, même léger, de la tonicité des tuniques du globe, les rende peu propres à supporter sans trouble cet excès de tension.

Mais il est une autre condition, anormale celle-là, qui, même en dehors de toute supposition d'une diminution de la résistance vitale ou de tissu des tuniques oculaires, apporte, lors de l'exercice de la convergence, un nouvel élément d'accroissement dans la pression intrà-oculaire. Supposons, pour un instant, le plan du cercle circonscrit par les obliques sur le globe, un peu plus distant du centre de rotation qu'à l'état normal. Plus ce cercle sera ainsi distant de sa situation normale, plus devient étroite la ceinture musculaire qui enveloppe l'organe, et plus, lors du mouvement d'adduction, devront croître les diamètres successifs du globe appelés à traverser cette ceinture; plus, par conséquent, s'élèvera de même la tension intrà-oculaire.

Mais qu'est-ce que ce recul, en arrière et en dedans, du plan ou de l'insertion des obliques? Ce n'est ni plus ni moins que l'origine de la prépondérance des muscles de l'abduction sur l'adduction, en un mot, de l'anomalie connue sous le nom *d'insuffisance des droits internes.*

Voilà donc, dans le travail de près, ou lors de la convergence des axes obliques, trois conditions, deux absolument physiologiques, la troisième anormale, et qui exercent une véritable pesée sur la pression intrà-oculaire.

Les deux premières sont : 1° l'accroissement régulier des diamètres des cercles que doivent successivement circonscrire les muscles obliques; 2° l'excès d'action imposé à l'oblique supérieur (lors de l'abaissement du regard) pour le maintien de la verticalité des méridiens primaires des yeux.

La troisième, pathologique, l'insuffisance des droits internes, qui accroît indirectement, mais très rapidement, l'effet des précédentes.

Tel est le premier point bien établi :

Mais on n'y saurait lire du premier coup d'œil comment, ou par quelle relation, peut se rattacher à ces conditions dynamiques la production de l'ectasie des membranes profondes, le développement

Le Gérant: G. Masson.

Société anonyme d'imprimerie, P. Dupont, Dr. Paris (Cl.). 60.5.80.

du staphylome postérieur, constamment et exclusivement autour et, particulièrement, *en dehors* du cercle de pénétration du nerf optique et non en tout autre point. Objection que ne nous aurait point opposée notre distingué confrère, s'il avait poursuivi la lecture de notre exposé de doctrine.

Voici en effet ce qu'il y aurait lu :

« *Mécanisme de la production du staphylome postérieur.*

« Nous n'avons, disions-nous, encore prouvé qu'une chose : « la tendance fatale à l'excès de pression intrà-oculaire qu'en- « traîne, lors du mouvement de convergence, l'insuffisance des « droits internes. Maintenant, nous allons examiner comment cette « condition est suivie de la production du staphylome postérieur, « et non pas simplement de l'excavation de la papille optique « comme dans le glaucome » : voilà bien ce que réclame M. Abadie.

« La chose est des plus simples : dans le glaucome, la pression « en excès prend naissance dans le globe lui-même et agit unifor- « mément sur tous les points de la périphérie.

« Sans doute, il en est de même dans le cas que nous considé- « rons ici : la pression exercée de dedans en dehors est la même « sur tous les points de l'enveloppe ; mais cette pression a un « point de départ ou plutôt d'appui sur l'enveloppe elle-même. « Elle n'existerait pas à l'intérieur, si la sclérotique (lame externe), « n'était sollicitée au point d'attache des obliques, d'arrière en « avant et de dedans en dehors, par le fait même du mouvement de « convergence.

« On voit alors le sac éminemment élastique, que constitue la « choroïde, obligé de prendre une forme ovoïde à grande axe dirigé « d'avant en arrière (direction dans laquelle les enveloppes sont « le moins soutenues), pendant que l'enveloppe externe, la scléro- « tique, est attirée en avant. Si l'on songe alors à la disposition « anatomique qui lie intimement la choroïde et la lame criblée à « la couche interne de la scléra, on comprend aisément que les « deux lames de cette dernière se dissocient dans la région où « leur réunion consiste en un simple contact : la région du tissu « connectif lâche qui entoure le cercle de fusion de la scléro- « tique avec la névrilème du nerf optique. Le pourtour scléral de « la papille, qui appartient à la lamelle intérieure, suit le mouve- « ment de l'anneau choroïdien *d'avant en arrière*, pendant que la « lame superficielle ou externe est entraînée *d'arrière en avant* « *et de dedans en dehors*. La dissociation des deux couches, « séparées par une mince lamelle cellulaire a donc forcément lieu,

« manifestement faible se reconnaît entre le pôle oculaire plus ou « moins soutenu par la sangle des obliques et le bord externe de « la papille, dépourvu d'un soutien suffisant, par la réduction à « moitié d'épaisseur de son support naturel. Or, c'est justement là « le lieu privilégié systématique, comme le dit très bien M. Abadie, « du staphylome postérieur, et on remarquera la forme même du « *elles glissent* l'une sur l'autre, et, ajouterons-nous, un point « croissant staphylomateux qui est en rapport avec ce mécanisme. « Son grand axe est exactement parallèle à la direction du plan « des obliques ou *perpendiculaire à la direction de la force* qui « amène le glissement des feuillets fibreux dissociés. »

Malheureusement pour nous, cette dernière partie de notre démonstration a échappé à l'attention de notre savant confrère. Sans cette circonstance, peut-être n'eût-il pas cherché dans d'autres voies la raison d'être des importantes altérations qui constituent le staphylome postérieur.

Quoi qu'il en soit, voici les nouvelles vues que M. Abadie propose de substituer à cc mécanisme. Elles ont été produites par M. le Dr Emmert, de Zurich, lequel, suivant notre confrère, aurait trouvé la véritable pathogénie du staphylome postérieur dans la myopie.

« M. Emmert, a démontré nous dit notre confrère, que, lorsque « le globe oculaire se dirige fortement en dedans, le muscle droit « externe vient presser contre le nerf optique et tend à le rejeter « en dedans. Bien entendu cette compression n'est pas directe, « mais a lieu par l'intermédiaire du tissu cellulo-graisseux de la « cavité orbitaire. »

« Il est évident que cette pression est d'autant plus forte que la « convergence est plus excessive; elle *dépend en outre de la con-* « *formation de l'organe et des rapports réciproques des parties* « *qui remplissent cette cavité.* »

(Nous notons cette dernière phrase dont le sens paraît comporter un certain vague peu en rapport avec une démonstration de mécanique.)

Mais poursuivons:

« Cette pression, continue M. Abadie, qui s'exerce sur l'inser- « tion oculaire du nerf optique, à chaque mouvement de conver- « gence, nous rend compte d'une façon satisfaisante de la succes- « sion des phénomènes qui président à la formation et au « développement de la myopie. En effet, le nerf optique étant à « chaque instant refoulé en dedans, ses attaches au niveau de la « sclérotique et, plus spécialement, à l'anneau choroïdien, tendent « à se disjoindre, et cette disjonction se traduit du côté de la cho- « roïde par l'apparition du croissant atrophique caractéristique, et

« du côté de la sclérotique par la dissociation des deux gaînes du « nerf qui, en ce point font partie intégrante de la paroi oculaire. »

Si M. Abadie a été plus complet dans l'exposition qui précède qu'il ne l'a été pour la nôtre, si le principe de la théorie de M. le Dr Emmert est tout entier compris dans les lignes que nous venons de lire (et n'ayant pas eu le mémoire original entre les mains, je dois m'en référer à cette unique donnée), je dirai que je ne saurais être absolument édifié sur sa valeur.

Quand on considère les conditions topographiques de la région, il est bien difficile de se représenter comment une pression soit médiate, soit immédiate, pourrait être exercée par le droit externe sur le nerf lui-même ; et surtout (n'oublions pas la condition mécanique indispensable), *une pression exerçant un tiraillement propre à dissocier par glissement les deux gaînes soit du nerf, soit de la sclérotique* elle-même. L'aspect géométrique de la région s'y oppose manifestement.

Considérez en effet dans le plan horizontal du globe oculaire, la figure dessinée par le droit externe, le nerf optique, et la ligne courbe convexe en arrière, comprise entre les insertions au globe des deux organes rectilignes que nous venons de nommer; chacun peut y reconnaître à l'instant un triangle quasi rectiligne à sommet postérieur (le sommet de l'orbite).

Or, dans tout triangle un côté quelconque est plus grand que la différence des deux autres.

Donc, au moment où l'extrême convergence aura pu amener le bord externe du cercle de pénétration du nerf optique en contact avec le droit externe, en ce moment le côté antérieur du triangle en question aura disparu, et la partie libre du muscle représentera exactement la différence entre les deux côtés dudit triangle opposés au nerf optique. Ce dernier sera donc plus long que la partie libre du droit externe.

L'action se continuant, ce serait donc le muscle qui serait distendu, ce serait lui qui supporterait l'effort, et non le nerf toujours relâché.

Le pis qui pût arriver, si même il n'y avait des raisons suffisantes pour qu'il n'en fut rien, ce serait que pendant le cours de cette convergence sans frein, le nerf fût *comprimé* perpendiculairement à sa longueur, mais sans le moindre tiraillement.

Mais, ainsi que nous le suggérions à l'instant, ce dernier effet ne peut même se produire : la compression du nerf, *suspendant la vision*, ferait *illicò* cesser, avec la vision associée, le mouvement de convergence, et avec elle ses résultats fâcheux.

Voilà pour l'hypothèse d'une compression immédiate, mainte-

tenant examinons si cette compression peut être produite médiatement.

Si oui, cet intermédiaire ne peut être, comme l'indique d'ailleurs très justement M. Abadie, que le tissu cellulo-adipeux de l'orbite. Or, ce tissu tout à fait lâche, semi-fluide, ne constitue en réalité qu'un milieu mobile, oscillant, sans résistance propre et comme serait celle d'une masse gélatineuse ou colloïde.

Pour y faire naître une résistance, il faudrait supposer une pression s'exerçant sur cette masse et en accroissant la densité par réduction de l'espace qui le contient normalement, une résistance par réaction. Or, ici rien de semblable.

Quelque soit le mouvement exécuté par l'œil, le globe, ni aucun des organes qui nous occupent, ne voit ses dimensions s'accroître, ni l'espace, où ils se meuvent, diminuer en quoi que ce soit. Où serait donc la cause d'un accroissement de densité propre à transformer ce milieu mobile en un élément de compression ?

Il est donc absolument inadmissible qu'une pression soit directe, soit indirecte du droit externe sur le nerf optique, si jamais la convergence extrême pouvait mettre ces deux organes en rapport de contact, puisse faire glisser l'un sur l'autre les deux feuillets soit de la gaîne du nerf, soit de la sclérotique, et, par l'affaiblissement de la région, amener la dénudation décrite sous le nom de staphylome postérieur.

Mais admît-on même que de semblables effets pussent être produits et suivent un tel mécanisme, la doctrine nouvelle, appliquée à la pathogénie de la myopie, n'en serait pas en moindre conflit avec les autres circonstances fondamentales de cette pathogénie.

Elle est, par exemple, en contradiction formelle de co-existence avec cette condition reconnue par M. Abadie et qui fait de l'insuffisance des muscles droits internes le point de départ, le principe même de la myopie.

M. Abadie n'a donc pas remarqué que si la myopie est bien, en effet, une fonction de l'insuffisance, que si elle croît avec cette insuffisance aussi longtemps que dure l'effort de la vision associée, les chances d'une compression du nerf par le droit externe, lors de cette convergence, suivent au contraire une progression directement opposée à celle du degré de cette insuffisance. On n'a qu'à considérer, en effet, le triangle rétro-bulbaire, que nous avons défini tout à l'heure, pour reconnaître qu'avec le degré de tendance de l'œil à la divergence, c'est-à-dire l'insuffisance des droits internes, *croît* la longueur du côté antérieur du triangle considéré. Car cette insuffisance se traduit directement par le rapprochement, vers la paroi interne de l'orbite de l'axe, de cette cavité du point d'inser-

tion des obliques. Plus l'œil est naturellement en divergence, plus est grande forcément la distance qu'aurait à parcourir, lors de la convergence, la tête du nerf optique pour arriver au contact avec le droit externe.

Les chances de compression du nerf, dans une telle hypothèse, sont donc en raison expressément inverse du degré de l'insuffisance, tandis que la myopie, elle, est en raison directe avec cette insuffisance, et cela, dans l'opinion de M. Abadie aussi bien que dans l'opinion la plus générale.

La question de doctrine se trouvant entre nous réglée, nous sommes heureux de pouvoir aborder maintenant l'objet même du mémoire présenté à la Société par notre distingué confrère, sur un terrain commun et dégagé de tout élément de conflit ultérieur.

Cet objet est de s'opposer à la marche progressive de la myopie; et, comme il place, ainsi que nous, le principe même de cette continuité du mal dans l'insuffisance des droits internes, l'auteur et son rapporteur doivent, selon toute apparence, se rencontrer dans les mêmes conclusions.

Exposons donc le plan de conduite adopté à cet effet par M. Abadie.

« Pour remédier à cet état pathologique, de Graëfe, nous dit-il, « avait proposé la ténotomie des droits externes, et, dans un mé- « moire des plus importants, il avait posé des règles précises « pour doser la rétro - raphie de ces muscles. Malheureuse- « ment, ce beau travail de de Graëfe fut un de ses derniers, et de- « puis la mort de cet homme éminent, il semble que l'opération qu'il « avait si chaudement recommandée et mise si souvent à exécu- « tion (environ 80 fois) ait été complètement abandonnée. »

Cet abandon serait dû, ajoute M. Abadie, à la crainte fort naturelle assurément, des conséquences de l'application à une simple insuffisance musculaire, à un strabisme dynamique, en puissance seulement, pourrait-on dire, de l'opération même qui aurait pour objet de redresser un strabisme accompli, franc, des plus réels. Comment ne pas redouter au premier abord de se trouver, après l'opération accomplie, en présence d'une déviation en sens opposé, d'un strabisme secondaire? Quel échec que la substitution d'un strabisme apparent à une insuffisance simplement dynamique, nullement apparente, indifférente à l'esthétique et ne pesant que sur la fonction ! Il est certain que le monde nous pardonnerait, très communément, beaucoup plus aisément, la substitution d'une anomalie fonctionnelle à une désharmonie apparente que la substitution inverse. Et cette prévision est assurément de nature à justifier non seulement la prudence, mais même la timidité.

Néanmoins, cette timidité n'est pas aussi absolue que le suppose M. Abadie; ni l'abandon, le discrédit de l'opération aussi complets qu'il semble l'admettre.

Nous ne savons pas ce que font communément nos confrères ; mais quant à nous, si réservé que nous soyons en cette matière, il n'est pas d'année où l'inportance des résultats à obtenir au point de vue fonctionnel, ne nous impose plusieurs fois le devoir de recourir au recul des tendons du droit externe soit pour remédier à une asthénopie musculaire, soit même, quoique plus rarement, pour une myopie progressive.

Quoi qu'il en soit, cette opération, aussi bienfaisante, aussi féconde en résultats précieux, qu'insignifiante comme acte chirurgical, n'occupe pas, dans la pratique, la place numérique à laquelle elle a droit ; et cela pour les motifs mêmes énumérés par M. Abadie. Sous ce rapport on doit lui savoir gré d'avoir éveillé à nouveau l'attention des chirurgiens.

Appréciant donc avec exactitude la grande valeur de l'intervention chirurgicale dans l'insuffisance des droits internes ou le strabisme divergent dynamique, M. Abadie veut à la fois réinstaurer une opération moins souvent proposée qu'il ne convient assurément, et en même temps écarter du chemin les causes d'appréhension signalées tout à l'heure, la crainte d'un excès d'effet, la création d'un strabisme inverse. Trouvant dans le mémoire de de Graëfe les traces des grandes préoccupations de cet éminent novateur, voyant les précautions qu'il indique pour parer par des sutures soit d'attente, soit définitives, à un excès de recul de la tête du muscle, M. le Dr Abadie est conduit à la conclusion suivante, sur laquelle il fondera les modifications qu'il propose d'apporter à la méthode:

« L'indication, dit-il, est donc seulement d'*affaiblir* le droit externe, mais sans changer son insertion qui n'est pas défectueuse.

« Pour cela, *j'ai imaginé*, ajoute M. Abadie, de pratiquer la ténotomie partielle. »

Suit la description du procédé, qui n'est autre que celui de la ténotomie ordinaire, limitée, comme dosage, à la libération de l'insertion tendineuse sur les quatre cinquièmes environ de son étendue verticale; deux cinquièmes dans la partie supérieure, autant en dessous.

Notre confrère a obtenu, nous dit-il, de cette manière, plusieurs fois de très heureux résultats dans l'asthénopie musculaire, et nous le croyons sans hésitation ; d'abord, parce qu'il le dit; secondement, parce que, contrairement à ce qu'il suppose, cette méthode a déjà montré l'étendue, limitée, il est vrai, de son efficacité. Elle est, en effet, ancienne déjà, et a, dès 1860, procuré également des

succès à de Graefe, mais non point si entiers qu'il ne se soit vu obligé de l'abandonner depuis.

Dans un travail *Sur le strabisme et les opérations qu'il réclame*, inséré dans le numéro du 30 juin 1861 des *Annales d'Oculistique*, on lit, en effet, page 207 :

« Pour obtenir un minimum d'effet, dans le cas de diplopie, « d'insuffisance musculaire ou d'action complémentaire sur l'autre « œil, je ne conseille plus la ténotomie complète, mais partielle : « mais pour avoir un effet, un effet réel, il faut, en ce cas, inciser « le tendon au moins aux trois quarts. J'ai, ajoute-t-il, l'habitude « de le diviser en totalité, *moins quelques fibres*, et de pratiquer « ensuite la suture de la plaie conjonctivale, si l'effet obtenu est « trop grand. »

J'ai fait moi-même allusion à cette même manière de faire, lorsque, exposant en 1863, dans mes leçons sur le strabisme et la diplopie, les principes posés par ce maître sur la strabotomie, j'écrivais, à propos de la ténotomie du *droit externe* : « Les dé-« viations de peu d'étendue réclament une ténotomie incomplète, « pratiquée sur un seul muscle; celles d'une étendue moyenne « exigent la section partielle des deux muscles; il ne faut faire la « section complète que pour les cas très graves. »

Telle était effectivement la doctrine de l'illustre professeur dans la période d'études, d'essais, de tâtonnements à laquelle appartiennent les travaux que nous venons de rappeler ; mais si, depuis, le tempérament apporté dans ces citations à la mesure radicale de la ténotomie a paru disparaître, ce n'est pas qu'il ait été oublié ; mais bien parce qu'il a été abandonné comme insuffisant. L'expérience nous a montré trop souvent, depuis cette première époque, que s'il reste, dans une ténotomie, quelques fibres oubliées, le muscle se ressoude presque absolument en son premier lieu ou tout au moins ne recule que d'une trop faible étendue.

Le procédé dont nous nous occupons a donc été abandonné de propos délibéré et après réflexion, disons mieux, par le fait de l'apprentissage. Le motif que nous venons d'indiquer est celui que nous avons recueilli, il y a plus de quinze années, de la bouche même de de Graefe, et nous croyons bien l'avoir vu reproduit dans quelque publication : nous ne savons plus laquelle.

Mais ce qui confirmera notre dire, c'est la comparaison de la citation que nous avons faite tout à l'heure des premières méthodes de de Graefe avec l'enseignement répandu depuis sa mort par ses élèves. Dans le traité d'opérations de M. E. Meyer, par exemple, l'un de ses plus prochains interprètes, on ne trouve pas trace de la ténotomie partielle; et par contre, nous lisons à l'article même de l'insuffisance des droits internes :

« Lorsqu'il s'agit d'une ténotomie du droit externe, on n'obtient, « même en dégageant largement l'insertion tendineuse, qu'un re- « dressement de 3 ou 4 millimètres au plus, et l'effet habituel, « après une petite ouverture conjonctivale, ne sera même que de « 2 millimètres. »

Et un peu plus loin : « Après la ténotomie du droit externe, « l'insuffisance musculaire consécutive doit être toujours de 3 à « 4 millimètres comparativement à l'état normal que l'on constate « sur l'autre œil. Si ce degré d'insuffisance n'existait pas, on peut « être certain que l'insertion tendineuse du muscle n'a pas été dé- « tachée complètement. Dans ce cas, le chirurgien ne doit pas « craindre de pénétrer de nouveau dans la plaie conjonctivale, de « rechercher avec le petit crochet les fibres latérales qu'il a pu « laisser, et de les couper soigneusement, etc. »

Cette conduite est depuis longtemps la nôtre : nous l'avions adoptée, avouons-le sans honte, sur la parole du maître. Aujourd'hui notre expérience propre nous autorise à lui apporter le faible témoignage de notre adhésion *à posteriori.*

Rarement nous sommes-nous arrêté sans hésitation à une ténotomie pour un strabisme non apparent, ou en puissance : comme M. Abadie, nous avons longtemps tremblé devant le spectre d'un franc strabisme en sens opposé succédant à ce qu'on appelle une *simple insuffisance.*

Mais le sentiment du devoir nous a d'abord soutenu, l'expérience nous a ensuite rassuré.

On dit : une simple insuffisance ; et n'ayant pas devant les yeux cet abominable spectacle d'un œil de travers, on est bien tenté de n'y pas compromettre sa responsabilité.

Eh bien! messieurs, cet affreux strabisme, qu'est-il, après tout, sinon une guérison spontanée et par anticipation, non pas assurément de l'insuffisance elle-même, mais de ses conséquences. Et ces conséquences, ce long Rapport vous les a ressassées. La convergence difficile, dans notre civilisation, c'est la myopie progressive, c'est l'asthénopie musculaire, c'est-à-dire la choroïdite atrophique aiguë, avec ses trop fréquentes conséquences, le scotome central, l'épanchement sanguin choroïdien, le décollement de la rétine, — ou bien la suspension absolue de l'application des yeux, c'est-à-dire la misère entière pour l'homme ou la femme, la femme surtout dont la vie et celle de ses enfants dépendent exclusivement du travail des yeux.

Malgré le sérieux du tableau qui précède, la crainte toujours présente d'amener par notre intervention un strabisme secondaire apparent, était faite pour rendre perplexe, et si nous le sommes moins aujourd'hui que jadis, nous l'avons cependant été longtemps.

C'est cette même préoccupation qui a suggéré à notre distingué confrère une modification dans laquelle il a cru et dû voir un progrès. Mais, comme on vient de le voir, les oscillations subies par son esprit, ses prédécesseurs les avaient éprouvées avant lui, et comme lui, ils avaient cherché le remède.

Or, l'expérience leur a, en se répétant, enseigné ce qui suit :

Sans prétendre dire que l'on puisse se donner, en matière de ténotomie, toute latitude en ce qui concerne le droit externe, une ténotomie simple de ce muscle, *restreinte à la pure libération du tendon*, comportant le moindre délabrement possible, telle, par exemple, que l'on peut la réaliser par la méthode sous-conjonctivale de Critchett exactement exécutée, ne place point généralement le malade dans les conditions d'une insuffisance en sens opposé. Le muscle ne peut, la plupart du temps, dans ces conditions, voir son insertion reculer au delà de 2 à 3 millimètres, et, par conséquent, préparer un strabisme secondaire ou inverse.

Nous ne pouvons donc qu'engager nos confrères à moins de timidité dans l'emploi d'un aussi puissant remède que cette ténotomie, modérée et méthodique, dans des affections aussi graves que le sont la myopie progressive, quand tout traitement hygiénique a échoué ; aussi paralysantes qu'une asthénopie musculaire rebelle à l'emploi des prismes, lesquels malheureusement donnent des résultats moins régulièrement heureux que la théorie ne devait le faire prévoir.

Nous vous proposerons, messieurs, d'adresser des remercîments à M. le docteur Abadie pour son intéressante communication et de la déposer dans nos archives.

Discussion.

M. Desprès. Je partage l'opinion de M. Giraud-Teulon sur la production du strabisme divergent et sur la cause réelle du staphylome postérieur. Mais nous avons vu un certain nombre de fois, dans les hôpitaux, des individus atteints de strabisme divergent venir nous consulter. D'après les principes posés par M. Giraud-Teulon, nous faisons porter à ces malades des verres prismatiques; puis, lorsque nous revoyons ces malades, nous trouvons qu'ils louchent davantage en dehors. Ils ne se servent plus alors que d'un œil pour regarder, et comme ils ne font plus d'efforts de convergence, les altérations du fond de l'œil ne sont plus à craindre. Je trouve donc que le tableau des conséquences du strabisme divergent, tracé par M. Giraud-Teulon, est un peu trop sombre.

M. Giraud-Teulon. Le strabisme divergent très prononcé ne

s'accompagne pas d'une lésion oculaire, parce que les malades ne se servent plus que d'un seul œil, l'autre œil cessant de prendre part à la vision et se portant tout à fait en dehors. Mais cet affreux strabisme est un mode de guérison peu goûté des familles et des malades, parce que la déviation oculaire est beaucoup plus apparente.

M. Marc Sée. A-t-on démontré par des moyens physiques que la pression intra-oculaire est augmentée, lorsque les muscles de l'œil se contractent? Les vues de M. Giraud-Teulon sont-elles purement théoriques ou basées sur l'observation directe? J'adresse cette question, parce que j'ai des doutes sur la réalité de la pression que les muscles produiraient sur le globe de l'œil; et, par suite, j'ai des doutes sur la production du staphylome postérieur par ce mécanisme. Le staphylome se produit presque toujours dans le même point, c'est-à-dire en dehors de l'insertion du nerf optique, quelle qu'en soit la cause. Or, il me semble que la cause de ce siège constant est un défaut de la résistance de la coque oculaire dans cette région.

Je ne peux admettre, avec M. Giraud-Teulon, que le muscle droit externe exerce une compression sur le nerf optique. Prétendre que cette compression peut s'exercer par l'intermédiaire de la graisse de l'orbite est une opinion inacceptable.

M. Giraud-Teulon a rappelé que de Graefe faisait la suture de la conjonctive, lorsqu'après avoir pratiqué la ténotomie, il s'apercevait qu'il avait sectionné une trop grande étendue du muscle. Je ne m'explique pas comment la suture de la conjonctive peut remédier à ce défaut de l'opération.

M. Giraud-Teulon. Il y a, en effet, des staphylomes postérieurs qui siègent dans le point indiqué par M. Sée, et qui ne reconnaissent pas pour cause des efforts de convergence. Il y a certainement, dans ce point, une faiblesse de la coque oculaire qui tient à la soudure de cette coque pendant la vie embryonnaire. Toutes les fois donc qu'il existera une condition favorable à la production du staphylome postérieur, c'est dans ce point qu'il se produira.

La tension intra-oculaire par suite de la contraction musculaire est un fait réel et démontré. On sait depuis longtemps que les yeux myopes sont presque toujours durs. Je maintiens, comme étant la seule acceptable, l'explication que j'ai donnée de la myopie progressive.

Je n'ai parlé qu'accessoirement de la suture de de Graefe après la ténotomie. Le chirurgien n'a pas toujours fait d'emblée une section du muscle juste de la quantité voulue. Il peut avoir été trop loin et avoir produit une déviation oculaire inverse. Dans ce

cas, on fait une suture conjonctivale. La suture a pour but d'éviter un trop grand écartement des lèvres de la plaie et d'empêcher une trop grande déviation. Cette suture est donc très utile et très facile.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Occlusion intestinale occasionnée par une bride épiploïque. — Gastrotomie. Guérison au bout de neuf jours.

Par le docteur Jules Boeckel, de Strasbourg, membre correspondant.

Messieurs,

La note que je vais avoir l'honneur de lire devant vous a trait à une question qui, sans être absolument neuve, présente une importance telle qu'elle vient d'échoir comme sujet de thèse à l'un des candidats pour l'agrégation.

Mon observation est donc pleine d'actualité ; à ce titre, vous la jugerez peut-être digne de vous être communiquée.

Elle concerne le nommé Georges S..., cultivateur, âgé de 37 ans, domicilié à Weitbruch (Alsace). C'est un homme de taille moyenne, de bonne constitution, qui a toujours joui d'une excellente santé.

Le 2 février dernier, il contracta une pérityphlite, suivie bientôt de péritonite généralisée, présentant les symptômes habituels de cette affection : hoquets, vomissements porracés, constipation, etc. Le docteur Vosselmann, de Brumath, prescrivit des sangsues sur le ventre; puis de la glace intus et extra. Champagne. Potion opiacée.

Au bout de trois semaines, tout danger était conjuré. Vers la cinquième semaine, le malade reprenait ses occupations habituelles.

Le 13 avril, après avoir travaillé aux champs pendant une bonne partie de la journée, il ressentit soudain des coliques très vives. Le docteur Lentz, qui faisait par intérim le service du docteur Vosselmann, croyant avoir affaire à une indigestion, prescrivit une potion de manne et rhubarbe, qui resta sans effet.

Le 14, la constipation persiste. Vers le soir, vomissements bilieux. Purgatif sans plus de résultat que la veille.

Le 15, l'état a empiré : la constipation et les vomissements persistent. Léger ballonnement du ventre au pourtour de l'ombilic. Facies altéré. On prescrit : champagne frappé; application de glace sur le ventre; potion opiacée 0gr,10.

Le 16, même état. Vomissements fécaloïdes. Mon confrère, soupçonnant un étranglement interne, me pria de visiter avec lui son client. Je me rendis à W...., le soir, à cinq heures, accompagné de mes confrères Lentz, Ruhlmann et Kuhn de Nancy. Nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Facies grippé. Apyrexie complète. Pouls à 120, relativement plein. Les douleurs sont supportables, grâce à la morphine. L'abdomen est météorisé; l'hypogastre se trouve dans un état de relâchement qui contraste avec le ballonnement des régions épigastrique et périombilicale. Les bosselures de l'intestin ne sont pas apparentes. Le toucher rectal ne fournit aucune indication capable d'éclairer le diagnostic. On ne constate pas de tumeur. L'absence de fièvre et de douleurs permettent d'exclure la péritonite. Les antécédents morbides (pérityphlite avec péritonite généralisée) nous font immédiatement songer à l'existence probable d'une bride, tout en faisant nos réserves quant à la possibilité d'un volvulus, d'une invagination, ou d'une hernie pariétale. Pour ce qui concerne le siège de l'étranglement, la forme du ballonnement nous incline à penser qu'il réside sur l'intestin grêle.

Traitement : lavements forcés, qui sont presque immédiatement rendus. Glace intus et extra. Champagne frappé. Potion opiacée 0gr,15.

Nous engageons la famille à faire transporter le malade à la maison de santé des dames diaconesses de Strasbourg, afin de l'observer et d'intervenir chirurgicalement le cas échéant. La nuit est relativement calme : vomissements fécaloïdes.

Le lendemain, 17 avril, les douleurs et le ballonnement du ventre ont augmenté; éructations fréquentes; plusieurs vomissements fécaloïdes. Le transport à Strasbourg s'effectue dans la matinée.

Le soir, le malade vomit 450 grammes d'un liquide brun foncé, répandant une odeur de matières fécales. T.38,5; P.132 tendant à devenir filiforme. On expose la gravité de la situation aux parents du malade, et on leur offre de pratiquer l'ouverture du ventre, comme dernière ressource. L'opération est acceptée et fixée au lendemain matin.

Gastrotomie, le 18 avril, à dix heures du matin, avec l'aide de M. le docteur Müller, de Nancy, de M. Kaltenthaser, pour la chloroformisation, et du personnel du service. Précautions antiseptiques. Spray à vapeur. Incision de 6 centimètres sur la ligne blanche, à égale distance de l'ombilic et du pubis. Quatre pinces à forcipressure sont nécessaires. Incision du péritoine sur toute la longueur de l'incision tégumentaire. Les intestins météorisés, fortement congestionnés, apparaissent et tendent à faire hernie à travers l'ouverture de l'abdomen.

J'essaie d'introduire l'index dans la cavité péritonéale pour rechercher l'obstacle. N'y arrivant qu'avec la plus grande difficulté, je me décide à attirer les intestins au dehors et je les recouvre aussitôt d'une compresse trempée dans la solution faible. Un volumineux paquet d'anses intestinales, maintenues par mon aide, est ainsi déplacé. Pénétrant alors facilement dans l'abdomen, je dirige mes recherches du côté droit. Mon doigt tombe presque immédiatement sur une sorte de bride, résistante, fortement tendue, située à une profondeur d'environ 8 centimètres. Je crois avoir découvert l'agent de l'étranglement. Pour me donner du jour, j'agrandis la plaie à 14 centimètres : elle s'étend de l'ombilic à un travers de doigt du pubis.

J'attire encore quelques anses intestinales au dehors, et je ne tarde pas à apercevoir la bride en question et à sa gauche une longue portion d'intestin aplatie.

La bride a une direction verticale. Elle est longue d'environ 10 centimètres, et formée aux dépens du grand épiploon, qui se trouve profondément situé du côté droit de la ligne blanche. A son extrémité inférieure, elle adhère au mésentère. Sa consistance est ferme, résistante. Elle mesure de 6 à 8 millimètres d'épaisseur. Elle n'est pas adhérente à la portion d'intestin qu'elle a étranglée, ce qui permet de l'explorer avec la plus grande aisance. La saisissant entre deux doigts, je l'attire légèrement en avant et je la sectionne entre deux ligatures de catgut (nº 2), dont les bouts sont coupés ras et abandonnés dans le ventre.

Cela fait, on constate que la demi-circonférence seule de l'intestin est étranglée ; elle est d'une coloration pâle, qui tranche sur les parties voisines. Il ne semble pas toutefois qu'il y ait imminence de gangrène; l'aspect n'est pas celui qu'offre parfois l'intestin dans la hernie étranglée, alors qu'une constriction serrée et de longue durée en a amené la mortification.

A gauche de l'étranglement, le calibre du canal alimentaire est réduit à l'épaisseur de un centimètre et demi, sur une étendue considérable; à droite, par contre, il est augmenté de volume et a la forme d'une ampoule dilatée qui se continue avec des anses fortement météorisées. Le siège de l'étranglement me paraît être la première portion de l'iléon. Le cœcum est aplati comme l'iléon.

La réduction du paquet intestinal s'effectue aisément, malgré son volume et l'énorme distension des anses. Ici je m'empresse de rendre justice à l'habileté de mon aide, qui, maintenant toujours les intestins à l'aide d'une compression phéniquée, les fit rentrer doucement, méthodiquement, par des pressions lentes, tandis que j'écartais les lèvres de la plaie, pour faciliter cette manœuvre.

L'opération qui, jusque-là, avait duré une demi-heure, est terminée par la réunion de la plaie au moyen : 1º de trois sutures métalliques ne comprenant que les parties fibreuses profondes, le péritoine y compris; 2º de trois sutures métalliques profondes, comprenant toute l'épaisseur de la paroi abdominale; 3º d'une quinzaine de sutures métalliques superficielles.

Pansement de Lister et ouate salicyliquée. Glace à l'intérieur. Champagne frappé. Injections sous-cutanées de morphine, toutes les six heures.

A deux heures de l'après-midi, le malade se sent soulagé; il n'a plus eu de vomissements. Cathétérisme de la vessie. A six heures, il urine seul. Il n'a pas vomi. Borborygmes. TS. 38,1. P. 120.

Le 19, nuit calme. Les vomissements ont entièrement cessé depuis l'opération. Le facies est meilleur. Le malade, qui urine seul, n'accuse plus de douleurs. A minuit, des gaz sont rendus par l'anus.

Traitement *ut supra*. TM. 38. P. 120. TS. 38,6. P. 132.

Le 20, état général satisfaisant. Il rend des gaz par l'anus en grande quantité. Le ventre est moins ballonné. Bouillon froid.

	TM. 38,4.	P. 134.	TS. 38,4.	P. 108.
Le 21	TM. 38,1.	P. 96.	TS. 38,2.	P. 92.
Le 22	TM. 38,4.	P. 92.	TS. 38,4.	P. 92.
Le 23	TM. 38,3.	P. 82.	TS. 38.	P. 82.

État de plus en plus satisfaisant. Beafsteak. Lait. Bouillon. Champagne et glace supprimés.

Le 24	TM. 37.6.	P. 82.	TS. 37,1.	P. 72.

Première selle copieuse, à midi, après une dose de 15 grammes d'huile de ricin. On facilite son évacuation à l'aide d'un grand lavement d'eau. Le ventre est souple. L'état général excellent.

Le 25	TM. 36,7.	P. 72.

Le 27 (9e jour), on défait pour la première fois le pansement. Enlèvement des sutures superficielles et profondes. Les sutures des parties fibreuses tiennent encore. Réunion parfaite. Pas une goutte de pus. Le malade peut être considéré comme guéri.

Pansement de précaution avec ouate, maintenu par une large bande de sparadrap, faisant deux fois le tour du ventre.

Le 28, selle abondante après une nouvelle dose d'huile de ricin (15 grammes).

Le 1er mai, enlèvement d'une suture des parties fibreuses profondes. Les deux autres tiennent solidement; pour faciliter leur enlèvement, j'exerce sur chacune d'elles une traction continue, à l'aide d'un poids de 100 grammes. La réunion s'est bien maintenue. La cicatrice est solide. Pas trace de pus le long du trajet des fils; pas d'éventration de la ligne blanche.

Le 6 mai (18e jour), les fils tombent. Réunion parfaite. État général des plus satisfaisants.

Il se lève le lendemain 7 mai (19e jour).

Le 13, je présente mon opéré à la Société de médecine de Strasbourg.

Exeat le 15, muni d'une ceinture abdominale.

Comme conclusion, je dirai : 1° que la gastrotomie me paraît être l'unique planche de salut dans l'occlusion intestinale aiguë, lorsque les moyens ordinaires ont échoué; 2° qu'elle permet d'obtenir en peu de jours la guérison d'une affection réputée mortelle, grâce à la méthode antiseptique, qui réduit ses dangers au minimum. Je ne fais donc que partager en cela l'opinion exprimée par la plupart des membres de la Société de chirurgie, à propos d'une récente communication de M. Terrier, sur un fait qui offre avec le mien la plus grande analogie.

Discussion.

M. Desprès trouve que, dans les observations analogues à celle que M. Jules Bœkel vient de communiquer, on ne donne pas des détails suffisants sur la bride qui étrangle l'intestin. Où commence-

t-elle ? Où finit-elle ? Quelle est sa direction ? Quelles sont ses dimensions ?

M. Bœckel répond que la bridè partait du grand épiploon, et qu'elle se perdait sur le mésentère et sur quelques anses intestinales. Sa longueur était de 6 à 8 centimètres.

M. Lucas-Championnière dit que, dans le cas qu'il a opéré avec M. Terrier, la bride a été décrite. Elle partait de la colonne lombaire et se rendait à l'utérus.

Élection.

La Société vote par *oui* et par *non* sur la demande de M. Panas d'obtenir le titre de membre honoraire.

Sur 18 votants, M. Panas est élu membre honoraire à l'unanimité.

Lecture.

M. le Dr Pilate, d'Orléans, lit une observation intitulée : *Hernie inguinale congénitale, compliquée d'une migration imparfaite du testicule; pincement de l'intestin dans une partie seulement de son calibre ; kélotomie et castration.*

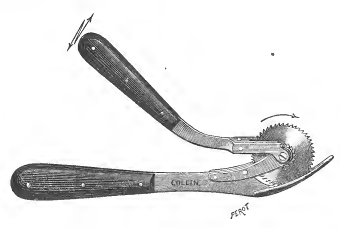
Présentation d'instrument.

M. Lucas-Championnière présente une *pince à dents de scie*, construite par M. Collin.

Cet instrument est destiné à couper les appareils plâtrés. On sait que cette section est assez difficile, même avec de bonnes cisailles. Elle est très facile avec cet instrument, susceptible de couper des objets très durs, et aussi des substances molles qui se tassent comme le chiffon et le papier.

Il se compose d'un manche qui supporte une tige creusée d'une baie très étroite, où s'engage exactement une grande roue dentée, véritable scie circulaire.

Cette scie circulaire tourne sur son axe. Lorsqu'on met en mouvement le second manche de l'instrument qui s'articule dans un engrenage placé vers le centre, il fait avancer la roue dentée ; si l'on veut ramener le manche en avant, après que la scie a fait un quart de tour en avant, le manche se dégage de l'engrenage et revient en avant, en laissant la scie à sa place. On fait alors recommencer le mouvement. La scie circulaire avance de la sorte constamment en avant.



Si l'on place entre la tige inférieure et la roue dentée l'objet à couper, il s'engage au-dessous de la roue dentée, puis il est entraîné au-dessous d'elle avec une force considérable ; il n'est pas seulement tranché, mais il subit une perte de substance comme par un emporte-pièce.

Cet instrument, destiné d'abord à couper les appareils plâtrés, aura certainement d'autres usages en chirurgie, vu la facilité de son action simultanée sur les parties molles et dures.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 2 juin 1880.

Présidence de M. de SAINT-GERMAIN, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Archives de médecine.* — Le *Lyon médical.* — Le *Bulletin de thérapeutique.* — La *Revue scientifique;*

3° *British medical.* — Le *Journal d'Athènes.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid.* — La *Gazette médicale italienne lombarde;*

4° *De l'emploi du chloral dans l'extraction de la cataracte*, par le Dr Olivarès, de Badajoz;

5° *Fibromyome kystique volumineux de l'utérus; hystérotomie*, par le Dr Wasseige, de Liége;

6° Leçon de M. Sirus Pirondi, de Marseille, intitulée: *Coup d'œil sur quelques récentes discussions de chirurgie pratique;*

7° *De l'infection purulente ou pyohémie*, par M. Maurice Jeannel (mémoire couronné par la Société), présenté par M. Verneuil;

8° Lettres de candidature au titre de membre titulaire, par MM. Chauvel et Pozzi;

9° Un mémoire de M. Fleury, de Clermont, membre correspondant, intitulé: *Quelques considérations sur les ligatures des artères, et en particulier sur celle de l'artère tibiale antérieure.*

La lecture de ce travail sera faite dans une des prochaines séances.

Communication.

Ostéite hypertrophique de l'extrémité supérieure du tibia droit. — Abcès enkysté. — Trépanation. — Cessation des douleurs,

par M. Delens.

Legrand (Eugène), âgé de 21 ans, découpeur en métaux, est entré à l'hôpital Tenon, le 3 avril 1880, et a été couché au n° 6 de la salle Saint-Ferdinand.

Ce jeune homme, de taille moyenne, très brun, ne présente rien de particulier à noter dans sa constitution, ni dans ses antécédents.

Il raconte que, depuis cinq ans, il a souffert de douleurs à peu près continues, siégeant dans le tibia droit, particulièrement vers l'extrémité supérieure. Peu à peu, il s'est formé, dans cette dernière région, une tuméfaction très appréciable. Ces douleurs étaient généralement sourdes pendant la journée. Elles gênaient le travail, sans l'empêcher complètement; pendant la marche, elles étaient moins vives. Mais la nuit, elles devenaient très violentes et empêchaient le sommeil.

Il ne paraît pas que, malgré leur violence, ces douleurs se soient accompagnées de ces accès épileptiformes qui ont été signalés dans

quelques cas. Il faut noter, cependant, que Legrand est très nerveux et d'un caractère un peu bizarre.

A son arrivée dans notre service, nous constatons l'existence d'un renflement fusiforme du tibia, au-dessous des tubérosités de l'extrémité supérieure, à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. Ce gonflement est uniforme, appréciable surtout sur la face interne. Il paraît réellement constitué par une augmentation de volume du tissu osseux. Toute cette région est habituellement le siège de douleurs profondes mais non absolument fixes, car elles s'irradient quelquefois jusque vers l'extrémité inférieure de l'os.

Il n'y a ni irrégularité, ni saillie sur la face interne du tibia, qui est uniformément convexe, et rien n'indique extérieurement une altération de l'os. La peau n'a pas changé de couleur; elle est mobile sur les parties sous-jacentes. Cependant, sous l'influence du travail lent de l'ostéite qui a abouti à cette hypertrophie localisée, le tibia a subi une élongation d'un centimètre, ainsi que la mensuration comparée du côté gauche permet de le constater.

Jusqu'à ce jour aucun traitement sérieux n'a été essayé. Le malade a séjourné quelque temps à Saint-Louis, mais a refusé de se soumettre à l'opération qui lui a été proposée.

Nous administrons d'abord l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes, et nous arrivons rapidement à 5 grammes par jour. Sous l'influence de ce traitement, les douleurs nocturnes ont cessé momentanément pour reprendre ensuite toute leur intensité. Legrand accepte alors la trépanation dont nous lui avions parlé. Cette trépanation nous paraît également indiquée, soit qu'il s'agisse d'un de ces abcès enkystés que l'on observe dans l'épaisseur des extrémités osseuses, soit qu'il s'agisse seulement d'une ostéite condensante à forme névralgique.

L'opération est pratiquée le 28 avril, avec l'aide du chloroforme, mais sans ischémie préalable du membre.

Nous faisons sur la face interne du tibia, au niveau du point culminant de la saillie convexe dont l'os est le siège, une incision longitudinale de six centimètres environ. Le périoste, épais de 2 à 3 millimètres et vascularisé, est incisé crucialement pour mettre l'os à nu. Une couronne de trépan est ensuite appliquée à dix centimètres de la surface articulaire du tibia. Le tissu osseux compact et dense ne se laisse entamer qu'avec lenteur. Lorsque la couronne a pénétré à une profondeur de plus de deux centimètres, nous détachons la rondelle osseuse en l'ébranlant à l'aide d'un ciseau, car elle adhère encore fortement par sa partie profonde.

En examinant les parois de l'excavation cylindrique ainsi creusée dans le tissu compact, nous remarquons en un point une vascularisation assez marquée du tissu osseux. A l'aide d'une gouge et du maillet, nous détachons un point de ce tissu moins dense, qui nous conduit dans une cavité. Le sang, qui baigne ces parties, nous empêche de constater positivement si l'ouverture de cette cavité est accompagnée de l'écoulement d'un liquide séreux ; mais il ne nous paraît pas pro-

bable que du pus se soit écoulé. Avec le stylet, nous cherchons à apprécier les dimensions de la cavité qui a, au plus, celles d'une petite noisette. Il n'est pas impossible, cependant, que cette excavation ne soit que l'extrémité supérieure du canal médullaire, mais nous préférons ne pas faire d'exploration prolongée pour nous en assurer, dans la crainte de développer une ostéomyélite.

Dans tous les cas, la trépanation ne peut être recommencée en un autre point, nul indice ne pouvant nous guider vers le siège précis de l'abcès enkysté, s'il en existe un.

Nous nous contentons de laver, avec l'eau-de-vie camphrée à 60°, la petite cavité que nous avons ouverte, et de recouvrir les parties avec de la charpie imprégnée du même liquide.

Les suites de l'opération ont été simples et le résultat de la trépanation a, jusqu'ici, été complet, en ce sens que les douleurs ont complètement disparu. L'opéré a pu dormir depuis ce moment, ce qui, depuis longtemps, ne lui était pas arrivé. Aujourd'hui, 26 mai, le fond de l'excavation osseuse, qui avait une profondeur de 22 millimètres, commence à se combler par bourgeonnement. L'état général est bon; il n'y a aucune réaction, et nous espérons qu'avec le temps, la cicatrisation pourra être obtenue sans qu'il y ait réapparition des douleurs.

En résumé, sans pouvoir affirmer que la trépanation ait, dans ce cas, réussi à ouvrir une cavité kystique ou un abcès osseux, dont le siège précis ne pouvait être diagnostiqué, nous croyons qu'elle aura rempli son but, qui était d'obtenir la cessation de douleurs intolérables, qu'une simple ostéite à forme névralgique pourrait également expliquer.

Discussion.

M. Périer. Depuis un an, j'ai trépané trois fois le fémur d'une femme de mon service, pour un gonflement très douloureux de cet os. La première fois, j'ai appliqué trois couronnes d'un petit trépan et j'ai réuni les trois perforations de manière à avoir une fente. Je n'ai pas trouvé de pus ; néanmoins, la malade a été soulagée. Quelque temps après, de nouvelles douleurs se firent sentir vers le grand trochanter. J'ai trépané cette portion du fémur. Cette femme est venu me trouver une troisième fois pour les mêmes douleurs. J'ai trépané de nouveau le grand trochanter. Depuis cette époque, la malade ne souffre plus. Les deux dernières trépanations, comme la première que j'avais faite, n'ont pas donné issue à du pus.

M. Desprès. J'ai présenté à la Société, il y a trois ans, une malade que j'ai trépanée et chez laquelle j'ai trouvé du pus. J'avais fait l'incision sur le point où la malade souffrait le plus, et en appliquant la couronne du trépan exactement dans ce point, je suis

tombé sur le foyer purulent. Sur un autre malade, qui avait une douleur et un gonflement à la partie supérieure du tibia, la trépanation n'a donné issue qu'à du sang, et la maladie a récidivé. Aussi, pour me mettre à l'abri des récidives, chaque fois que je ne trouve pas de pus après une trépanation, je traverse l'os de part en part et je mets un drain. Celui-ci reste en place, quelquefois pendant un an, mais le malade finit par guérir. On peut prédire que les opérés de MM. Delens et Périer auront des récidives. C'est ce qui est arrivé chez un malade que j'avais trépané, il y a cinq ou six ans, et qui a été récemment pris d'une récidive pour laquelle il est entré à la Maison de Santé, dans le service de M. Cruveilhier.

M. Verneuil. Je n'ai trépané les os qu'un très petit nombre de fois, deux fois seulement, parce que je ne considère pas cette opération comme fréquemment indiquée. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme qui avait une douleur très violente dans le tibia avec un gonflement modéré. Je choisis le point le plus tuméfié et le plus douloureux pour perforer l'os, non pas avec le trépan, mais avec la gouge. Je ne rencontrai pas de pus. La malade prétendit qu'elle souffrait plus bas que le point attaqué. Je fis donc une nouvelle perforation dans le point qu'elle indiquait. Depuis ce moment la malade n'a plus souffert et elle a guéri.

Le second malade avait une ostéite de la partie inférieure du fémur, qui mesurait 8 centimètres de diamètre. Je croyais qu'il y avait un séquestre superficiel; n'en trouvant pas, je trépanai. Mais n'ayant trouvé ni séquestre profond, ni pus, je perforai le fémur de part en part et je plaçai un gros drain. Quelque temps après, le malade eut de la douleur dans un des condyles du fémur ; je fis un évidement dans le point douloureux, et le malade a fini par guérir.

Dans ces deux cas je n'ai pas trouvé de pus, et j'approuve l'idée de perforer l'os de part en part pour se mettre à l'abri des fusées purulentes qui peuvent se faire dans le canal médullaire de l'os.

M. Lucas-Championnière. Il est très remarquable que la trépanation guérisse les malades sans donner issue à une seule goutte de pus. Il y a quatre ans, j'ai trépané l'extrémité supérieure du fémur chez un malade, qui était depuis huit mois dans le service de M. Gosselin, sans pouvoir mettre le pied par terre et endurant de très vives douleurs. Il y avait un gonflement notable au niveau du grand trochanter, et une douzaine de fistules, qui n'avaient aucune connexion avec le tissu osseux, s'ouvraient sur la peau. J'ai incisé le périoste, j'ai appliqué sur le fémur une large couronne de trépan, j'ai curé les fistules, j'ai cautérisé les trajets avec la solution

de chlorure de zinc, j'ai fait des pansements antiseptiques; au bout d'un mois, le malade était guéri. Six mois après, il marchait bien et avait repris son travail. Depuis cette époque, j'ai lieu de croire qu'il est resté guéri. Je n'avais point trouvé de pus dans le fémur de cet homme.

M. Cruveilhier. La trépanation réussit dans plusieurs maladies des os, dans lesquelles il n'y a pas de pus. J'ai émis le doute, dans ma Thèse, qu'il y eût toujours de la suppuration osseuse; mais je crois qu'il y a toujours une cavité contenant du sang, rarement du pus.

Au point de vue de la récidive, je crois que les abcès osseux peuvent se reproduire. J'ai fait trois fois la trépanation chez le même malade pour des abcès osseux récidivants, et trois fois je l'ai guéri.

On ne pénètre pas toujours assez profondément avec le trépan pour rencontrer le pus. M. Pamard a montré dernièrement à la Société l'extrémité inférieure d'un tibia qu'il avait réséqué. Avant la résection, il avait trépané sans trouver du pus ; cependant il était facile de voir, sur la pièce qu'il nous présentait, qu'en pénétrant plus profondément avec le trépan il aurait ouvert une cavité contenant du pus.

Quant au malade de M. Desprès, je l'ai vu deux ans après lui. Il avait des douleurs épouvantables dans le tibia. Je n'ai pas pratiqué la trépanation, mais j'ai ouvert largement le tibia avec la gouge. Il a très bien guéri, et six mois après il restait guéri. C'était un homme de 62 ans ; tous mes autres malades étaient beaucoup plus jeunes.

M. Duplay. J'ai eu l'occasion de faire la trépanation, pour des ostéites douloureuses, dix fois environ. J'ai toujours obtenu d'excellents résultats de cette opération. J'ai rencontré toutes les variétés d'ostéite, depuis la forme condensante avec cavité, comme dans le cas de M. Delens, jusqu'à la forme raréfiante. J'ai trouvé quelquefois du pus dans la cavité osseuse ; d'autres fois, il n'y avait que des fongosités avec de petits séquestres, ou seulement du sang.

D'après ma pratique, la trépanation me paraît réussir surtout contre l'élément douleur, sans que je puisse m'expliquer comment elle agit dans les ostéites sans suppuration.

J'ajouterai que, jusqu'ici, je n'ai eu l'occasion de pratiquer cette opération que sur le tibia.

Communication.

Sur l'opération du bec-de-lièvre,

par M. Trélat.

J'ai eu l'occasion dernièrement de faire deux opérations de bec-de-lièvre compliqué, c'est-à-dire, de bec-de-lièvre avec division congénitale de la voûte palatine et écartement considérable, chez un garçon de six ans et demi et chez une petite fille de quinze mois. Dans ces deux cas, j'ai suivi un procédé opératoire, qui n'est pas nouveau, mais qui m'a donné de si bons résultats que je demande la permission de le rappeler. Ce procédé consiste, une fois que l'avivement est fait, à placer contre les ailes du nez, dans les points les plus éloignés de celles-ci, une petite plaque de plomb percée d'un trou. Un fil d'argent de fin diamètre est ensuite passé à travers les plaques de plomb et la base du nez. En serrant ce fil sur les plaques, je rapproche l'une de l'autre les deux parties divisées, et les surfaces avivées viennent se mettre exactement en contact. Il ne reste plus alors qu'à placer des sutures superficielles sur la lèvre pour maintenir l'affrontement. Ce procédé rend la réunion extrêmement facile, parce qu'on n'a plus à lutter contre le tiraillement des parties à rapprocher. Chez ces deux enfants, j'ai employé le pansement de Lister. Ils étaient guéris le quatrième jour.

Je me résume en disant que, dans les cas de bec-de-lièvre avec division du palais unilatérale ou bilatérale, on se trouvera bien de faire la suture profonde avec un fil mince traversant la base du nez et se fixant sur deux rondelles de plomb placées sur les ailes du nez, en ayant soin de ne serrer le fil qu'au moment où l'on est prêt à faire la suture. Ce procédé est applicable chaque fois qu'il y a un grand écartement.

Discussion.

M. Lucas-Championnière. J'ai employé le même procédé que j'avais vu pratiquer par Lister. Dans un cas de bec-de-lièvre compliqué, il m'a donné un excellent résultat. Je ne peux pas présenter mon opéré à la Société, parce qu'il est mort du croup depuis son opération. Je me sers pour traverser les narines d'un fil d'argent d'assez gros calibre, plus gros que celui de M. Trélat.

M. Desprès. Le procédé, qui vient d'être indiqué, est très bon; mais il y a toujours dans les opérations de bec-de-lièvre compliqué

quelque chose qui laisse à désirer, c'est la distension consécutive de la cicatrice. Dans deux ans, les opérés de M. Trélat auront un retour à l'écartement de la narine. Pour éviter, autant que possible, cet inconvénient, il faut faire des débridements de façon à obtenir la soudure de la face profonde des lambeaux en un point très rapproché de la fente osseuse, c'est-à-dire, faire souder la portion du lambeau la plus éloignée de son bord à la portion la plus rapprochée du bord correspondant de la fente osseuse.

M. Trélat. J'ai fait largement cette incision libératrice chez mon second malade; chez le premier, elle n'était pas nécessaire. Je ne sais pas quel sera le résultat définitif de mes opérations, mais j'ai vu sur certains opérés que la restauration ne se détruisait pas. Le résultat obtenu ne se détruit pas, quand on a pris soin de rapprocher de la cloison le bord de la narine écartée.

Je n'emploie pas un fil d'argent très fin, mais un fil d'un tiers de millimètre de diamètre, d'une grosseur juste suffisante pour être solide et pour se fixer commodément.

M. Desormeaux. J'ai souvent fait des opérations de bec-de-lièvre d'après le procédé qui vient d'être indiqué, moins le pansement de Lister.

Pour obtenir de bons résultats, il faut opérer les enfants le plus tôt possible, de façon que les os, ayant peu de résistance, la cicatrice puisse les rapprocher. Dans ces conditions, il arrive quelquefois que la réunion de la fissure palatine se fasse sans qu'on soit obligé de recourir à une autre opération.

M. Marc Sée. Dans les opérations de bec-de-lièvre, en assez grand nombre, que j'ai été appelé à pratiquer, j'ai employé quelquefois les plaques de plomb et je conviens qu'elles facilitent le rapprochement des lèvres. Mais il existe une cause d'imperfection des résultats, qui n'a pas été suffisamment signalée par les auteurs; c'est le défaut de développement des cartilages du nez du côté où la narine se trouve étalée par suite de l'écartement. Ces cartilages sont souvent tellement minces et tellement mous que, lorsqu'on vient à rapprocher les ailes du nez, l'aile du nez s'aplatit et bouche complètement la narine. Dans ces cas, j'ai quelquefois été obligé de placer des bouts de sonde pour permettre la respiration.

Communication.

Cal vicieux de la jambe. — Résection cunéiforme du tibia. — Guérison

par M. Duplay.

(L'opéré est soumis à l'examen des membres de la Société.)

Le nommé D.-L., âgé de 22 ans, se cassa la jambe gauche, en tombant, le 24 avril 1879. La fracture siégeait à l'union de tiers inférieur avec le tiers moyen. Un appareil fut appliqué sur-le-champ, mais la réduction ne fut pas obtenue, et, lors de la levée de l'appareil, il existait un cal difforme auquel on ne put remédier, la consolidation étant déjà complète.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, le 8 octobre 1879, on trouve une déviation de la jambe au niveau de la fracture, la partie inférieure formant avec la supérieure un angle ouvert en dehors. Par le fait de cette consolidation vicieuse, le pied est fortement déjeté en dehors de l axe de la jambe, et cette déviation, mesurée par la distance qui sépare la malléole interne d'un plan appliqué à la face interne du condyle interne du femur et du tibia, peut être évaluée à 3 centimètres par rapport au côté sain.

Dans la station, le pied tend à se dévier davantage en dehors, et non seulement la marche est impossible sans béquilles, mais le malade ne peut rester debout plus de quelques minutes sans souffrir.

Opération le 23 octobre. Je me proposai d'abord de fracturer le cal à l'aide d'un ciseau introduit à travers une petite plaie.

Une incision de 2 centimètres environ est pratiquée sur la crête du tibia, à deux travers de doigt au-dessus de la partie la plus saillante du cal. Un ciseau est introduit, par cette plaie, jusqu'au niveau de l'angle formé par le cal; mais, malgré des efforts réitérés pour fracturer celui-ci, on ne put y parvenir; l'instrument s'ébrèche sur un tissu d'une dureté extrême, comme éburné. Cependant, pensant que la résistance du péroné s'oppose au redressement du tibia, je pratique sur la face externe, vis-à-vis du péroné, une deuxième incision, et quoique la fracture de ce dernier os soit facilement obtenue, il m'est encore impossible, malgré tous mes efforts, combinés même à ceux d'une machine spéciale pour rompre les cals vicieux, de replacer la jambe dans sa rectitude.

Je me décide alors à faire une résection cunéiforme du tibia. L'incision antérieure étant agrandie, je dénude le tibia, et je le contourne avec deux scies à chaîne, qui me permettent de détacher un fragment cunéiforme à base dirigée en avant. Aussitôt la réduction se fait avec la plus grande facilité et un appareil plâtré est immédiatement appliqué; réunion partielle de la plaie; pansement antiseptique.

Vers le dixième jour, il survint une petite hémorragie, suivie de quelques phénomènes inflammatoires locaux avec élévation de la température, qui monta jusqu'à 39°,8.

Ces accidents disparurent après une durée d'une quinzaine de jours environ. Pendant ce temps, on avait dû enlever l'appareil plâtré, qui étranglait le membre, et placer celui-ci dans une gouttière. Puis, après la disparition de ces accidents, un nouvel appareil plâtré fut appliqué le 11 novembre.

Dès le 19 janvier 1880, on constatait une consolidation presque complète. La plaie correspondant au péroné était déjà cicatrisée depuis longtemps; la plaie de la résection était réduite à l'état de fistule. Celle-ci persista très longtemps, et, après avoir donné issue à quelques petits séquestres, finit par se cicatriser complètement dans les premiers jours d'avril. Le malade, qu'on avait fait lever le 17 février, commençait à marcher avec deux cannes à partir du 5 avril.

Aujourd'hui, quoique boitant encore un peu, il marche sans appui. La jambe est absolument droite et présente à peine un raccourcissement de 2 centimètres.

La seule particularité que je désire faire ressortir dans le fait précédent, c'est l'impossibilité dans laquelle je me suis trouvé, après avoir fracturé le tibia et le péroné, de redresser le cal vicieux et de replacer la jambe dans sa direction normale. En y réfléchissant après coup, on comprend que les choses aient été ainsi, et qu'en pareille circonstance il soit, pour ainsi dire, indispensable de retrancher une portion du tibia au niveau de la déviation angulaire, pour obtenir son redressement. On devrait donc, ce me semble, prescrire, comme règle générale, la résection cunéiforme du tibia dans le cas de déviation angulaire de la jambe par suite de cal vicieux, et c'est principalement dans le but de montrer la nécessité de cette pratique, que j'ai tenu à vous présenter ce malade.

Discussion.

M. Desprès. J'ai pu redresser un cal difforme des deux os de la jambe sans opération. C'était un jeune homme de 23 ans qui, après une fracture de jambe, avait marché trop tôt. Il en était résulté une déviation du membre. J'ai soumis le membre au redressement lent et j'ai obtenu un succès, au cinquième mois de la fracture. Je pense que jusqu'au dixième mois après une fracture vicieusement consolidée, on peut réussir par le redressement.

Lorsque j'étais interne de M. Marjolin, à l'hôpital Sainte-Eugénie, nous obtenions le redressement lent des membres déviés à l'aide de courroies fixées au membre, d'une part, et, d'autre part, à deux attelles de bois placées de chaque côté de ce membre. En un mois, nous ramenions le membre à sa direction normale.

J'aurais tenté le redressement chez le malade de M. Duplay, car, en six mois, le cal n'est pas assez dur pour qu'il ne puisse pas céder.

M. Duplay. M. Desprès parle des cals qui ne sont pas encore complètement ossifiés et qui, par suite, peuvent céder. Ces cas sont tout à fait différents de celui que je rapporte. Dans mon cas, le cal était dur comme de l'ivoire et n'aurait pu céder à un redressement lent. Je ne crois pas qu'il y ait lieu de tenter un redressement, lorsqu'on a affaire à un cal aussi solide.

Lecture.

M. le Dr Aguillon lit un mémoire sur la *Pathogénie et le traitement de la gingivite expulsive.*

Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Desprès, Delens et Magitot.

Présentation de malade.

Résection du coude pour une arthrite fongueuse suppurée. Conservation des mouvements,

par M. Polaillon.

V... (Louis), âgé de 43 ans, d'une constitution scrofuleuse, portait depuis longtemps une arthrite fongueuse du coude droit, survenue à la suite d'une contusion.

Le 19 avril 1879, je fis la résection du coude. L'incision en baïonnette et la méthode sous-périostée furent employées. L'extrémité inférieure de l'humérus fut conservée, mais les extrémités supérieures des deux os de l'avant-bras furent coupées au niveau d'une ligne horizontale passant au-dessus de la tubérosité bicipitale du radius. Toutes les fongosités qui remplissaient l'articulation furent enlevées avec une curette. Les lèvres de l'incision furent ensuite suturées avec des fils métalliques, puis le membre, recouvert d'un pansement phéniqué et ouaté, fut immobilisé dans une gouttière.

Il n'y eut pas d'accidents consécutifs à l'opération ; mais le foyer de la résection suppura pendant plus de deux mois.

Actuellement, on peut voir que cet opéré fléchit et étend son avant-bras presque comme à l'état normal. La flexion lui permet de porter facilement la main à la bouche. L'extension place l'avant-bras sensiblement dans l'axe du bras. Le coude n'est pas mobile latéralement, comme on ne l'observe que trop souvent après les résections du coude. Le membre a récupéré toute sa force et

l'opéré peut s'en servir, comme d'un membre sain, pour exercer les fonctions d'infirmier.

Le tendon du triceps brachial, dont les connexions avec le périoste olécrânien ont été conservées avec soin, s'insère actuellement sur l'extrémité supérieure du cubitus, où existe manifestement une production osseuse qui a la forme et qui remplit les fonctions de l'olécrâne.

Présentation d'instrument.

M. de Saint-Germain présente *un fixateur linguo-maxillaire*, construit par M. Mathieu, fils.

Cet instrument se compose d'une plaque fixée sur une espèce d'anneau courbé, passant par-dessus l'arcade dentaire et déprimant la langue, sans appuyer sur les dents.

Cet anneau est terminé par une tige sur laquelle vient glisser une contre-plaque s'appliquant sous le menton et destinée à servir

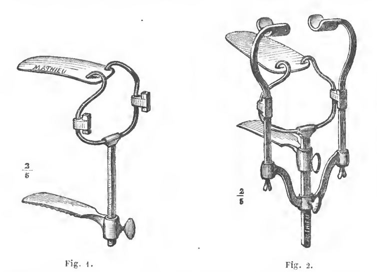


Fig. 1. Fig. 2.

de point d'appui formant pince avec la première plaque, c'est-à-dire à fixer la langue (*sans le secours d'un aide, et laissant libres les deux mains du chirurgien*) tout en la déprimant sur le plancher de la bouche (*fig* 1).

Profitant de cette disposition avantageuse d'un instrument tenant seul et n'ayant pas de tendance à sortir ou à glisser (*puisqu'il vient serrer la langue et le plancher de la bouche, moins épais que la largeur du maxillaire*) on en a fait un *bâillon* (*fig.* 2), en

y ajoutant deux pièces montées sur un coulant et destinées à écarter les deux mâchoires en s'appuyant sur l'arcade dentaire ou alvéolaire supérieure.

Cet instrument a donc l'avantage d'être un *bâillon* (*fig.* 2), sur lequel on peut compter, puisqu'il est fixe, de pouvoir servir *d'a-*

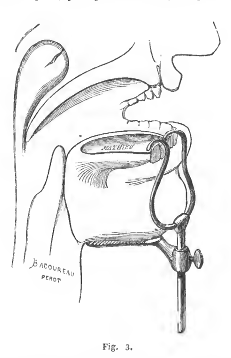


Fig. 3.

baisse-langue ordinaire et *d'abaisse-langue fixateur* (*fig.* 3), puisqu'il peut maintenir la langue fortement abaissée, sans qu'il soit nécessaire de le tenir.

Il remplace donc, à lui seul, trois instruments très employés.

Il est aussi plus simple et moins coûteux que tous les bâillons faits jusqu'à ce jour.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 9 juin 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin de la Société de chirurgie.* — La *Revue médicale de Toulouse.* — Le *Journal des sciences médicales de Lille.* — La *Tribune médicale.* — La *Gazette d'ophtalmologie.* — La *Revue médicale française et étrangère.* — Le *Recueil d'ophtalmologie.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue médicale de l'Est.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — La *Gazette des sciences de Bordeaux.* — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger ;*

3° Le *Journal d'Athènes.* — *The Practitioner.* — *The British medical.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — La *Nouvelle gazette d'hygiène;*

4° Deux lettres de candidature au titre de membre titulaire de MM. Marchand et Blum ;

5° *Traité pratique de maladies des yeux*, par le Dr Édouard Meyer, présenté par M. Trélat ;

6° Un exemplaire de la thèse de M. Choquet : *De l'emploi du chloral comme agent d'anesthésie chirurgicale*, présenté par M. Trélat ;

7° Une série de *brochures* de M. E. Tassi, de Rome, présentées par M. Guyon ;

8° Deux exemplaires de la thèse de M. Eug. Monod : *Étude clinique sur les indications de l'urétrotomie externe ;* pour le prix Duval ;

9° Deux exemplaires de la thèse de M. Paul Segond : *Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon périprostatique*, pour le prix Duval ;

10° *Du diagnostic des lésions des reins*, par le Dr Bazy, présenté par M. Guyon ;

11° *Étude clinique de la cystite chez la femme*, par le Dr Eug. Monod, présentée par M. Guyon.

A propos du procès-verbal.

M. Trélat. La manœuvre indiquée par M. Desprès, dans l'opération du bec-de-lièvre, s'opère spontanément chaque fois qu'il a été nécessaire de faire, après l'avivement, une libération de la face postérieure de la lèvre.

Lorsque, dans une opération de bec-de-lièvre, il y a un très grand écartement, je cherche quel est le point qui, dans la narine déformée, représentera la terminaison de l'anneau de la narine à constituer, et c'est à partir de ce point que je fais l'avivement. Mon avivement ressemble à celui que M. Duplay pratique pour former le canal dans l'opération de l'épispadias. Les plaques de plomb sont précisément destinées à déterminer le rapprochement du large avivement que j'ai fait ; et c'est pour obtenir la clôture en arrière de la narine que je propose ce large avivement. Quand on a suivi ce procédé, il n'y a pas besoin de chercher à faire des avivements compliqués, comme dans le procédé de Giraldès.

M. Berger. J'ai eu l'occasion d'employer, l'année dernière, le procédé que vient de décrire M. Trélat, pour la restauration d'un bec-de-lièvre unilatéral compliqué de division complète de la narine, d'aplatissement de l'aile du nez et de saillie unilatérale de l'os intermaxillaire. Le jeune malade, âgé de 4 ans et demi, fut opéré à la Charité, salle Saint-Jean, n° 14, le 27 septembre. En raison du grand écartement des bords de la solution de continuité et de l'aplatissement de l'aile du nez, je résolus de restaurer la paroi postérieure de la narine. J'avivai donc les lèvres de la fissure jusqu'au plancher des fosses nasales et je les réunis en transformant, par l'application de trois points de suture appliqués sur la paroi postérieure de la narine, celle-ci en un canal complet. En outre, un point de suture profonde enchevillée, destiné à empêcher le tiraillement des sutures plus superficielles, comprit la sous-cloison et l'aile du nez déviée ; il passait sous le périoste du maxillaire, mais laissait libre la narine du côté sain, ce qui évita à l'enfant la gêne respiratoire résultant de l'occlusion complète des narines. En outre, trois points de suture furent placés sur la surface cutanée de la lèvre, deux sur sa surface muqueuse, et cinq sur le petit lambeau, qui servit à restaurer le bord libre suivant le procédé de M. Mirault.

Le résultat fut aussi bon que possible. Non seulement la solution de continuité de la lèvre demeura comblée, mais la narine persista comme canal complet, seulement la hauteur de sa paroi postérieure, qui d'abord remontait au même niveau que du côté opposé, diminua un peu, dans la suite, par le fait du tiraillement

que subissait transversalement la ligne de réunion. Je dois mentionner encore que les dents implantées sur l'os incisif dévié, qui, avant l'opération, étaient dirigées presque directement en avant, avaient repris, au bout de quatre mois, leur situation presque normale.

J'ai l'honneur de vous présenter deux photographies, l'une représentant le jeune sujet avant l'opération, l'autre montrant l'état des parties six mois après la guérison.

M. Trélat ajoute que, dans un cas où son opéré asphyxiait, parce qu'il ne pouvait respirer par les narines, il a été obligé de tenir la bouche béante, en abaissant la lèvre inférieure qu'il fixa au menton par du collodion.

M. Lannelongue. Les variétés de bec-de-lièvre sont extrêmement nombreuses, et les principes opératoires formulés par M. Trélat sont excellents. Mais il y a un certain nombre de cas où, en n'opérant que sur les parties molles, on ne peut pas arriver à rapprocher les bords de l'avivement. Les deux moitiés de la mâchoire appartiennent parfois à des courbes de rayon très différent, et ne sont pas placées dans le même plan. Il faut alors agir sur le squelette pour le modifier. L'année dernière, dans un cas de ce genre, je résolus de placer les bords osseux en contact, de les aviver et de les suturer. J'ai donc fracturé l'os avec une pince spéciale, et je l'ai rapproché de son congénère. J'ai fait ensuite l'opération du bec-de-lièvre en suturant les deux moitiés de la lèvre. Les parties molles se sont réunies, à l'exception d'un point qu'il sera facile de combler. Mais les os ne se sont pas soudés, bien qu'ils soient restés sur le même plan. Malgré tout, la lèvre était très distendue.

M. Le Dentu. Les recommandations de M. Trélat s'imposent souvent d'elles-mêmes à l'opérateur. Ayant eu à faire une opération de bec-de-lièvre compliquée, j'ai fait un large avivement sur la narine elle-même, pour avoir une grande étendue des surfaces sanglantes à rapprocher, et pour avoir derrière la narine une sorte de plancher.

En ce qui concerne la suture profonde, je trouve que c'est un moyen qui a été trop négligé ; car en passant un fil d'argent assez gros à la base des narines, les lambeaux se mettent en contact d'eux-mêmes. Je n'ai pas constaté qu'il se produisît autour de ce fil une suppuration en quantité notable.

Cependant il y a des cas où la suture profonde est insuffisante. M. Lannelongue vient de nous parler de la fracture des os comme un moyen de rapprochement. J'ai essayé, dans un cas, de pratiquer cette fracture, mais je n'ai pu y arriver. Je me suis alors

borné à enlever un copeau de l'os en laissant la muqueuse palatine intacte. Mais ce qui m'a surtout rendu un grand service, c'est la section verticale de la cloison du nez avec le galvanocautère. Grâce à cette section, on peut mobiliser le nez et faire ce que l'on veut comme rapprochement. J'ai pu ainsi ramener le nez sur la ligne médiane.

Rapport.

M. Verneuil communique, de la part de M. le Dr Bernard, de Cannes, *deux observations de corps étrangers du rectum*, recueillies l'une dans la pratique privée de l'auteur, l'autre à l'hôpital de Cannes.

Obs. I. — *Corps étranger introduit par l'anus et ayant progressé jusqu'à la partie supérieure du rectum. Extraction facile avec une pince à polype conduite sur la main gauche préalablement portée dans la cavité rectale. Guérison prompte.*

Un marin, de 60 ans, vint me trouver, le 16 avril 1880; il s'était introduit, peu d'heures avant, dans le rectum un morceau de bois volumineux qu'il n'avait pu ni expulser ni extraire.

L'index, porté aussi profondément que possible, ne sentait rien. L'examen au spéculum reste aussi infructueux. Seule l'exploration avec une grosse bougie en gomme élastique révèle l'existence d'un corps dur à une profondeur de 14 à 15 centimètres.

Les tentatives d'extraction avec des pinces et de longues tenettes introduites à la manière du forceps ayant échoué, je portai ma main droite dans le rectum, et, après de longs efforts, je parvins à toucher l'extrémité inférieure du corps étranger. Cette extrémité a dépassé le promontoire sacro-vertébral et semble prendre un appui sur sa face supérieure. Elle se termine par une pointe grossièrement taillée, qu'on ne touche qu'à travers un repli de la muqueuse, qui est sans doute perforée, car le doigt revient taché de sang.

Je pensai tout d'abord à user du tire-balle ; mais j'y renonçai en raison des difficultés de fixer le corps étranger et de l'empêcher de remonter encore, pendant que j'essaierais d'y implanter l'instrument. Je ne songeai pas davantage au petit forceps ou à tout autre outil semblable, pouvant rendre des services quand les corps étrangers sont situés assez bas, mais qui ne sauraient être sûrement maniés à une grande profondeur. Je me contentai donc d'une vulgaire pince; seulement j'introduisis au préalable la main gauche dans le rectum jusqu'à la rencontre du corps étranger, puis avec le bout des doigts médius et index, je dégageai la pointe implantée dans la muqueuse ; enfin, je glissai sur la face palmaire de ma main et de mes doigts une pince à polype forte et longue de 25 centimètres, que j'ouvris sans difficulté, et

à l'aide de laquelle je saisis la pointe du morceau de bois. Retirant alors doucement ma main et la pince, j'amenai aisément et sans grand effort le corps étranger.

C'était une cheville de bois, polie, régulièrement conique, arrondie à l'une de ses extrémités, pointue à l'autre, et rappelant la forme du manche de certains instruments de travail. Elle mesurait en longueur 15 centimètres, et offrait plus de 4 centimètres dans le point le plus épais, situé à une petite distance de son extrémité arrondie.

La guérison fut prompte.

Obs. II. — La deuxième observation est rapportée d'une manière malheureusement beaucoup plus concise.

M. Bernard avait envoyé à l'hôpital de Cannes un homme qui s'était introduit dans le rectum une grosse bougie à brûler, et qui n'avait parlé de son accident que huit jours plus tard.

La bougie, qui avait cheminé jusqu'au-dessus du promontoire, de manière à occuper le colon descendant, put être extraite également avec le seul secours de la pince conduite sur la main gauche, introduite préalablement dans le rectum. Aucun accident ne suivit l'extraction.

M. Verneuil propose d'adresser des remerciements à M. le Dr Bernard et d'insérer ses observations dans les Bulletins de la Société.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Lectures.

M. Ch. Monod lit, à l'appui de sa candidature au titre de membre titulaire, un travail intitulé : *Contribution à l'étude de l'hématocèle testiculaire traumatique.*

Ce travail est confié à une commission composée de MM. Lannelongue, Le Dentu et Terrillon, rapporteur.

M. Houzel, de Montreuil-sur-Mer, lit une observation de *corps étranger du genou; extraction directe; guérison.*

Commission : MM. Cruveilhier, Anger et Nepveu.

Election.

La Société vote pour la nomination d'une commission de trois membres chargés d'examiner les titres des candidats à la place de membre titulaire.

MM. Berger, Terrillon et Nepveu sont nommés pour faire partie de cette commission.

Communication

par M. Lannelongue.

Sur deux cas d'ostéosarcome, dont l'un a nécessité la désarticulation de la hanche et a été suivi de guérison.

Messieurs, dans une période de près de quatre ans, que j'ai passés à l'hôpital Sainte-Eugénie, j'ai observé quatre exemples d'ostéosarcome du bassin et des membres. C'est à dessein que je ne parle pas des tumeurs malignes des cavités de la face, qui forment un groupe à part ; le relevé que j'en ai fait est beaucoup plus nombreux, et j'ajourne à un autre moment ma communication à leur sujet. Aujourd'hui, je ne vous parlerai que des premiers. Ils se sont manifestés tous les quatre chez des petites filles dont les âges étaient 7 ans, 8 ans, 9 ans passés et 11 ans et demi. Chez tous ces sujets, l'affection a pris une marche rapide et s'est terminée par la mort dans un espace de six mois, sauf sur l'enfant à qui j'ai désarticulé la hanche et qui a guéri. Le mal a occupé deux fois le fémur, une fois le tibia, une fois le bassin. Au tibia, il a eu pour siège initial la tubérosité interne de cet os ou plutôt l'encoche qui sépare cette tubérosité de la diaphyse ; au fémur, il s'est montré tout d'abord au-dessous du grand trochanter, dans le tiers supérieur de la diaphyse ; enfin, au bassin, il a pris naissance dans le tissu spongieux de cet os, placé au-dessous de la crête iliaque, en arrière, au voisinage de l'épine iliaque postérieure. Il ne m'a pas été donné de faire l'autopsie de deux de ces sujets, que les parents ont fait sortir de l'hôpital quelques jours avant leur décès ; aussi, ne pouvant pas donner l'examen de ces tumeurs, je me borne à cette mention. Il n'en est pas de même des deux autres, dont j'ai pu suivre la marche, et dont les lésions ont été minutieusement étudiées. Leurs observations m'ont paru dignes d'occuper une place dans vos Bulletins, les voici :

Observation I. — *Ostéosarcome du fémur. — Désarticulation de la hanche. — Guérison.*

Tridoux (Elisa), âgé de 9 ans et demi, entre à l'hôpital Sainte-Eugénie, le 20 mai 1880. Cette enfant est maigre et d'apparence assez chétive ; néanmoins, elle n'a eu d'autres antécédents morbides qu'une bronchite, qui a été assez longue. Elle est maigre, un peu pâle, mais elle ne porte pas de traces de scrofule ; elle n'a pas eu d'engorgements ganglionnaires, ni des maux d'yeux ou d'oreilles. Jusqu'à la fin de mars de cette année, l'enfant n'avait jamais rien ressenti dans les membres inférieurs. A cette époque, c'est-à-dire vers Pâques, elle fit une chute sur un fil de fer, au bois de Vincennes, et elle ressentit quelques douleurs à l'aine gauche. Mais elle continua à marcher le

jour même et les jours suivants. C'est à cette chute qu'elle fait remonter, avec sa mère, l'origine du mal. L'enfant s'est, en effet, plainte depuis de douleurs parfois assez vives, qui prenaient pendant la nuit une certaine intensité. Puis ces douleurs ont cessé insensiblement. En même temps que les douleurs se montraient, la cuisse gauche devenait plus volumineuse à sa partie supérieure. L'accroissement de volume s'est fait insensiblement, sans saccades, et il est devenu ainsi ce qu'on le trouve aujourd'hui.

État actuel. — La cuisse gauche présente une augmentation de volume considérable. Le gonflement est fusiforme; il commence à la partie supérieure, immédiatement au-dessous du grand trochanter, et descend jusqu'au quart inférieur de la cuisse. Ce gonflement double environ le volume de la partie moyenne de la cuisse. La peau, à son niveau, n'a pas changé d'aspect; le réseau veineux sous-cutané est légèrement plus dilaté. En explorant la cuisse, on découvre immédiatement l'existence d'une tumeur profonde. Cette tumeur se dessine autour du fémur. Elle est placée au-dessous des plans musculaires; on sent son développement autour de la diaphyse de cet os, aussi bien en avant qu'en arrière. Lorsqu'on cherche à lui imprimer des mouvements sur le squelette, on acquiert vite la certitude qu'elle fait corps avec lui dans la plus grande partie de son étendue. Ce n'est qu'en bas qu'un lobe considérable, du volume du poing, se dégage en présentant de la mobilité; mais ce lobe se rattache lui-même à la tumeur principale adhérente à l'os. La tumeur, en un mot, fait corps avec l'os, et en mettant les muscles alternativement dans l'état de contraction ou de flaccidité, on reconnaît qu'elle les a déjà envahis en partie.

Cette tumeur a une consistance ferme; elle est rénitente et ne présente nulle part de fluctuation.

Les ganglions cruraux sont notablement augmentés de volume, et on sent aussi un léger engorgement des ganglions iliaques les plus inférieurs.

L'articulation de la hanche possède intégralement tous ses mouvements.

En présence de tous ces caractères réunis et d'une marche aussi rapide, tout portait à croire qu'on avait affaire à une tumeur maligne développée dans le fémur, probablement à la surface de cet os, sous le périoste, à un sarcome sous-périosté. L'extirpation en était impossible sans faire le sacrifice du membre. Ce dernier fut résolu après avoir pris le consentement des parents.

La désarticulation de la hanche fut pratiquée le 29 mai dernier.

Le procédé mis en usage fut celui de Larrey en suivant, pour la section des muscles et la désarticulation proprement dite, les préceptes de notre collègue, M. Farabeuf, qui avait bien voulu prendre la peine de venir nous assister en cette circonstance; je ne saurai trop le remercier ici. L'hémostase fut assurée au cours de l'opération, d'abord par la ligature de l'artère et de la veine fémorales, et puis par la ligature des autres vaisseaux au fur et à mesure de leur section. Je noterai

un petit point qui se produisit et dont l'explication n'est pas trop facile à donner. Après avoir lié le tronc principal de la fémorale, lorsque le couteau coupa ce vaisseau au-dessous de la ligature, le bout inférieur nous donna un jet de sang continu, saccadé : étaient-ce les anastomoses des collatérales qui nous donnaient ce sang? Nous le crûmes et nous jugeâmes que ces anastomoses devaient être anormalement développées. Cependant leur section ultérieure ne fut pas accompagnée d'hémorrhagie abondante, redoutable, et le reste de l'opération fut aisé. Au résumé, l'hémorrhagie fut peu considérable et les assistants évaluaient à 200 grammes environ la perte de sang opératoire.

L'enfant fut pansée au Lister.

Les suites de cette opération ont été aussi simples que possible : la réunion des parties profondes fut immédiate, et les points, qui ne se sont pas réunis immédiatement, ont été l'angle supérieur de la plaie où se trouvait le fil de l'artère fémorale, ainsi que la peau dont la longueur était un peu insuffisante. Au bout de huit jours, il n'y avait plus qu'un étroit espace superficiel d'un demi-centimètre entre les deux lèvres de la peau. Cet espace était formé de bourgeons charnus ; il s'est cicatrisé secondairement, et, en ce moment, 15 juin, la cicatrice est faite. Le fil de la fémorale est tombé le 9 juin.

La température a offert les particularités suivantes : un quart d'heure après l'opération, elle tombait à 36°,6 ; deux heures et demi plus tard, elle était à 36°,8 ; six heures après, elle était à 37°,2 ; onze heures après l'opération, elle s'élevait à 38°,4. Le lendemain, dans la matinée, la température était à 38°,6 ; le soir, elle marquait 39°,4. Le surlendemain matin, 38°,4 ; soir, 39°,2. Le troisième jour, elle n'a pas dépassé 38°,8. Dès ce moment, pendant deux jours, elle est restée entre 38° et 38°,6, puis elle est descendue entre 37° et 38°, et après le huitième jour, elle était normale.

En un mot, la guérison s'est produite sans entraves.

Autopsie du membre amputé et examen de la tumeur. — Par une coupe verticale antéro-postérieure portant sur la cuisse, niveau de la tumeur, et allant jusqu'au fémur, on a pu étudier les rapports de la tumeur avec l'os. Mais auparavant, voici quel est l'aspect de la tumeur que je mets sous les yeux de la Société : Son tissu est d'un blanc grisâtre uniforme ; il est dense et assez dur à la coupe ; il n'offre pas au râclage de suc proprement dit. Sur de nombreux points, on y trouve des cavités de différents volumes : les unes du volume d'un petit pois, les autres d'une petite noix. Ces cavités contiennent un liquide coloré par du sang, ou plus clair et comme séreux ; la surface interne de leurs parois est aréolaire et comme fasciculée ; elles ne paraissent pas revêtues d'une membrane spéciale.

La tumeur proprement dite forme une masse énorme de 15 centimètres de long, qui contourne circulairement le fémur ; elle présente de grands lobes qui pénètrent dans les muscles, dans le triceps en particulier. Les fibres musculaires ne sont pas seulement soulevées, elles

sont envahies et disparaissent dans la tumeur elle-même, qui n'offre pas d'enkystement véritable.

Par une coupe de l'os dans le sens de la longueur, on reconnaît que le périoste est détruit ou n'existe plus dans une étendue du fémur de plusieurs centimètres, et à ce niveau la tumeur fait corps avec l'os. En un point, le tissu compacte est détruit dans une étendue de plusieurs centimètres, et une perforation, du volume d'une grosse plume à écrire, conduit dans le canal médullaire, où pénètre le tissu de la tumeur. Il est probable que cette destruction osseuse est consécutive et que la tumeur n'est pas née primitivement dans le canal médullaire. En d'autres points, ontrouve le périoste épaissi, ayant fait des couches de nouvel os. En un mot, la forme du fémur est très modifiée.

L'examen histologique de cette tumeur a été fait au Collège de France, dans le laboratoire de M. Ranvier. La tumeur a été reconnue pour être un sarcome fasciculé. Les éléments fusiformes sont infiniment plus nombreux que les autres éléments embryonnaires. Elle est, de plus, riche en vaisseaux et présente de nombreuses lacunes. On n'a pas trouvé d'épithélium sur la paroi des kystes de la tumeur.

Observation II. — *Ostéosarcome primitif de l'os iliaque; tumeurs crâniennes secondaires; généralisation viscérale. Mort.*

La nommée Jeanne Béquin, âgée de 11 ans 1/2, est entrée le 8 novembre 1879, salle Sainte-Eugénie, lit n° 12.

Cette enfant a été nourrie par sa mère. Elle n'a pas fait de maladies graves. Elle a eu la rougeole à l'âge de quatre ans, et, plus tard, une légère atteinte de petite vérole. Elle est brune et maigre, sans traces de scrofule, dont elle n'a jamais eu aucune manifestation.

Jusqu'au milieu de l'été dernier, cette enfant n'avait jamais souffert de la jambe. Elle n'avait pas boité et n'avait rien éprouvé. A cette époque, sans coup, sans accident, elle fut prise de phénomènes douloureux du côté du bassin et de la jambe. La douleur occupait la partie postérieure de la fesse, un peu au-dessous de la région sacro-iliaque et s'irradiait du côté de la jambe, sur la face externe.

Ce qui me frappa dans la manifestation de la douleur, c'est son intensité dès le début, intensité supérieure à celle que nous voyons d'habitude dans les affections inflammatoires chroniques. Et puis, cette douleur était irrégulière ; plusieurs jours se passaient sans que l'enfant en souffrît, et elle reparaissait plus violente, déterminant un peu de claudication, arrivant pendant la nuit et provoquant des insomnies, sans donner lieu à de véritables accès. La douleur a gardé le même caractère jusqu'à son entrée à l'hôpital, qui eut lieu le 8 novembre.

A son entrée, nous avons constaté un gonflement osseux et périosseux, limité au-dessous du bord postérieur de la crête iliaque sur la fosse iliaque. Ce gonflement était limité, rénitent et douloureux à la pression. On crut d'abord à une ostéo-périostite chronique. Les articulations de la hanche et sacro-iliaque étaient libres dans tous leurs mouvements et exemptes d'altération. On fit une révulsion légère en regard du gonflement; mais nous avions la pensée que l'affection abou-

tirait à la formation d'un abcès symptomatique. Pendant un mois, nous avons vécu dans cette opinion, et ce n'est que dans les premiers jours de décembre que nous avons constaté une nouvelle marche et une nouvelle physionomie du gonflement. Il s'était étendu assez promptement sans limites précises, paraissant vouloir envahir les parties molles sans les faire suppurer. Il était plus dur et plus rénitent que ne le sont les fongosités ordinaires. A cette époque, nous avions des doutes, et l'idée d'ostéosarcome commença à germer et à se substituer peu à peu à celle d'une ostéite chronique. La suite a prouvé que cette seconde opinion était fondée, car le gonflement s'était considérablement accru en un mois, envahissant la fosse iliaque externe dans ses deux tiers supérieurs jusqu'à la crête iliaque. De plus, vers la fin de décembre, nous constations que la fosse iliaque interne était prise.

Par des pressions répétées, j'ai vainement cherché, dans ce gonflement, un bruit de crépitation, indiquant la destruction des lamelles osseuses ; je ne l'ai pas trouvé.

Le séjour au lit a calmé les douleurs pendant les premiers temps; mais, depuis le 15 janvier, elles se sont spontanément reproduites. Ces douleurs apparaissent sous forme d'accès, qui durent une et plusieurs heures, et elles sont intolérables. Les accès sont plus souvent nocturnes que diurnes. Les douleurs suivent le trajet du nerf sciatique et descendent le long du sciatique poplité externe et de ses branches. Les narcotiques, le chloral en particulier, ne parviennent qu'avec peine à amortir la douleur. Les injections morphinées ont un meilleur effet, et c'est à elles qu'on a recours d'habitude. Les douleurs ont persisté ainsi jusqu'au 27 février, ne laissant que peu de répit à l'enfant. A cette dernière date, elles ont totalement disparu et ne se sont plus reproduites jusqu'à la mort, qui a eu lieu le 8 juin.

Pendant ce temps, la tumeur prend un développement incessant, aussi bien du côté de la cavité abdominale que du côté de la fesse. Ainsi, à la date du 15 février, elle remplit complètement la fosse iliaque interne. Plus tard, le 5 mars, elle descend du côté du pli de l'aine et soulève les téguments de cette région. Les ganglions paraissent faire corps avec elle. Elle remonte alors très haut dans l'abdomen jusqu'à un pouce du rebord du thorax. La peau de la paroi abdominale est tendue ; les veines superficielles sont dilatées. Du côté de la fesse, il existe une tumeur globuleuse, considérable, remplissant toute la fosse iliaque et formant un tout avec la tumeur abdominale.

Le 25 mars, la tumeur paraît se ramollir en certains points. Le membre inférieur est engorgé ; il est dans une adduction complète et dans la rotation, en dehors. La moitié latérale droite du bassin est monstrueuse. L'enfant a beaucoup maigri ; de plus, depuis quelques jours, elle est prise de toux légère et fréquente, sans expectoration. Les grandes inspirations sont gênées. A l'auscultation, on trouve en certains points une diminution marquée du murmure vésiculaire, avec sonorité augmentée. Il semble qu'il y ait de l'emphysème ; en même emps, on entend, disséminés, quelques bruits fins et secs.

Le 1er mai, on découvre sur la face externe du crâne quelques bosselures; ces bosselures font corps avec le squelette; la peau glisse au-devant d'elles; elles ne sont le siège d'aucune douleur, même à la pression. L'une d'elles occupe la bosse frontale gauche et se rapproche de la ligne médiane. Elle est aplatie, peu proéminente. Les autres sont placées sur l'occipital, à gauche de la protubérance occipitale externe, sur le même os du côté droit et un peu plus bas, sur le pariétal droit, près de la suture de cet os avec le temporal. L'état du bassin est le même que précédemment.

Pendant le mois de mai, les saillies crâniennes prennent un développement chaque jour plus grand. Quelques-unes acquièrent en un mois le volume d'un œuf de pigeon et d'un œuf de poule. De nouvelles saillies apparaissent. Ces tumeurs soulèvent la peau sans lui adhérer; elles se ramollissent en augmentant de volume, et la plus grosse, celle du front, par exemple, est fluctuante. Elles font corps avec l'os, et à leur limite, le contour de l'os est montueux, exhaussé sur la surface osseuse saine.

A partir du 1er juin, l'enfant va s'affaiblissant chaque jour, elle est prise de vomissements, de diarrhée, et succombe le 8 juin.

Autopsie, le 9 juin. — 1° *Os iliaque. Tumeur primitive.* Elle englobe l'os iliaque du côté droit presque en entier et forme une masse énorme du côté de la fesse. Dans la cavité abdominale, elle remonte en haut jusqu'au rein qui lui adhère ; en dedans, elle atteint la colonne vertébrale ; les 4me et 5me vertèbres lombaires sont envahies. Le corps de ces vertèbres est en partie détruit. La tumeur descend aussi dans la partie supérieure de la cuisse, dont les parties molles sont envahies. Cette masse énorme est ramollie et presque liquide dans de grandes étendues. Ailleurs, elle est plus dense, d'un aspect mou, et ressemble, en tous points, au tissu de l'encéphaloïde. En certains points, on trouve des cavités du volume d'une noisette ou d'une noix. Des foyers hémorragiques sont disséminés sur plusieurs points. L'os iliaque est compris au sein de cette masse ; il est en partie détruit. Les deux lames sont brisées, perdues au sein du produit, et en quelques points, des productions osseuses nouvelles se sont montrées.

2° *Crâne. Lésions osseuses secondaires.* Sur la surface externe du crâne, on trouve une masse de tumeurs de grand et de petit volume. Mais, après avoir enlevé la calotte du crâne avec la scie, on reconnaît que ces tumeurs font également saillie à la surface interne. Nées de l'os, elles soulèvent à l'intérieur du crâne la dure-mère, comme elles soulèvent à l'extérieur le périoste. Les tumeurs volumineuses sont au nombre de cinq et mesurent un volume qui varie de celui du poing à celui d'une noix. Les petites sont plus nombreuses, disséminées, quelquefois conglomérées ; elles forment alors des amas. Toute la voûte du crâne présente ainsi des tumeurs. Les parties, qui en sont exemptes, sont les parties latérales du frontal, quelques points des pariétaux et les fosses temporales. La base du crâne n'en présente qu'une, sur la face supérieure du rocher gauche, de la grosseur d'une noisette. Les

tumeurs du crâne décollent le périoste, le soulèvent, lui adhèrent en quelques points ; mais ailleurs, le périoste glisse au-dessus. Il en est de même de la dure-mère, qui n'est prise que secondairement, qui ailleurs est décollée au niveau des tumeurs. L'une de ces tumeurs proémine considérablement à l'intérieur du crâne ; c'est celle qui est placée dans la région temporo-pariétale droite. Le relief que fait cette tumeur du côté de l'intérieur du crâne, est considérable ; il est presque d'un pouce au centre et diminue graduellement vers la circonférence. La saillie, que fait la tumeur dans l'intérieur du crâne, peut être comparée à la moitié d'une orange. Cette tumeur avait déterminé une dépression notable à la surface correspondante du cerveau. On n'avait pas observé de phénomènes de compression pendant la vie. Une autre de ces tumeurs faisait saillie en avant, sur la ligne médiane, au niveau du bord supérieur du frontal ; elle faisait aussi relief à l'extérieur.

3° *Colonne vertébrale.* Elle n'a pas de produits d'envahissement secondaire ; seulement vers la 4me lombaire, les lésions de l'os iliaque s'étaient propagées vers les corps vertébraux.

4° *Fémur du côté droit.* Dans l'articulation coxo-fémorale, il y a un liquide sanieux. Le fémur présente une fracture du col à peu près à sa partie moyenne. Cette fracture est à un centimètre au-dessous du cartilage épiphysaire. On trouve dans le fragment inférieur, au centre du tissu aréolaire, des noyaux de néoplasmes analogues à ceux qu'on trouve dans le poumon et descendant jusque dans le canal médullaire, qui se trouve un peu agrandi dans son tiers supérieur. La surface de l'os est intacte.

Poumons. A la surface, on voit des noyaux, les uns grands comme une pièce d'un franc, d'autres plus petits, disséminés et proéminents sur la plèvre. Leur couleur est blanche, légèrement rosée à la surface. Quelques-uns présentent de petites infiltrations sanguines. Il est à remarquer que tous les noyaux sont à la surface du poumon et non à l'intérieur, ce qui est en rapport avec le réseau lymphatique superficiel. Les poumons sont aussi emphysémateux.

Les ganglions lymphatiques prévertébraux de la cavité abdominale sont augmentés de volume, d'une coloration noirâtre et indurés à la coupe. On y trouve un tissu dur, blanchâtre et analogue à celui des masses pulmonaires. De même, les ganglions bronchiques sont très augmentés de volume et remplis de cette matière cérébriforme.

Le péritoine n'a pas de granulations cancéreuses, pas plus le péritoine viscéral que le diaphragmatique. Pas de granulations dans la plèvre.

Le foie n'offre rien d'anormal.

La rate est congestionnée, un peu ramollie, mais elle n'offre pas de néoplasmes.

Les reins sont très gros. Celui du côté gauche n'a pas de produit anormal, mais il y a de la néphrite parenchymateuse. Le rein droit était adhérent à l'ostéosarcome du bassin ; mais il n'est pas envahi ; il est décoloré, très augmenté de volume et comparable au gros rein blanc.

Examen histologique. L'examen microscopique de la tumeur iliaque a fait voir qu'elle était uniquement composée d'éléments cellulaires arrondis. Ces éléments sont mélangés à quelques cellules plus grandes, fusiformes ou en raquette ; mais celles-ci sont relativement peu nombreuses. Sur un très grand nombre de points, ces éléments sont en voie de dégénérescence ou même détruits. On ne trouve pas d'alvéoles à la coupe. Au résumé, cette tumeur est un sarcome très riche en vaisseaux.

Discussion.

M. Desprès demande que M. Lannelongue tienne la Société au courant de ce que deviendra la première opérée. On sait, dit-il, que, dans ces cas, la récidive ne se fait pas longtemps attendre. M. Guyon a fait, pour un ostéosarcome, une désarticulation de la cuisse qui a très heureusement guéri, mais le mal récidivait avant la sortie du malade de l'hôpital. J'ai dans mon service une femme atteinte de la même affection, dont la marche paraît lente. Cette femme se porte bien ; elle a eu une grossesse et a accouché hier. J'avoue que j'hésiterais beaucoup à l'opérer ; car si la marche de ces sarcomes est terrible par sa rapidité chez les enfants, elle est plus lente chez les adultes, surtout lorsqu'on n'y touche pas. J'ai vu, il y a peu de temps, une jeune fille qui portait une tumeur sarcomateuse à l'angle interne de l'orbite. Un oculiste, qui avait pris cette tumeur pour une dacryocystite, y avait fait une incision, qui avait donné à la maladie une impulsion déplorable. Il y a deux variétés de sarcome, l'une très maligne, l'autre moins maligne. Il serait de la plus haute importance qu'on pût faire le diagnostic différentiel de ces deux variétés, l'opération étant indiquée dans la première et contre-indiquée dans la seconde.

M. Lucas-Championnière. Il est évident que certains sarcomes ont une marche tellement rapide, que l'on ne sait pas si on doit les opérer. Cependant beaucoup de malades tirent un bénéfice de l'opération, celui de vivre pendant un certain temps, si court qu'il soit, complètement débarrassés des atroces douleurs qui rendaient leur vie insupportable. Le malade de M. Guyon a survécu quatre mois à son opération. Pendant cette période, sa vie a été tranquille et exempte de souffrances, et il a succombé à une récidive dans le poumon.

Ces sarcomes marchent d'autant plus rapidement que le malade est plus jeune. Un coup de bistouri donné dans ces tumeurs ne fait que hâter leur marche. Je me souviens d'un enfant de dix ans chez lequel j'ai ouvert une tumeur du périnée présentant tous les caractères d'un abcès, et qui n'était autre qu'un sarcome ; il est mort dans l'espace de quinze jours, et l'on a trouvé, à l'autopsie,

son bassin rempli de productions sarcomateuses. Cette erreur de diagnostic se commet souvent. J'ai vu M. Gosselin, croyant à un abcès, donner un coup de bistouri sur un sarcome du crâne. La fluctuation dans ces cas est extrêmement trompeuse et peut faire croire à un abcès, alors qu'il s'agit d'un sarcome ramolli.

Lorsque le sarcome occupe les membres, on est en droit de l'opérer.

M. Desprès. Il est vrai que rien ne simule plus un abcès qu'un sarcome. J'ai été témoin du fait suivant : une malade entre à Beaujon avec une tumeur du sein ; Huguier croit à un abcès et donne un coup de bistouri qui ne donne pas issue à du pus. Indignée de l'erreur de diagnostic, la malade quitte Beaujon et vient à la Pitié, chez Michon, qui donne un nouveau coup de bistouri. Il ne sort rien. De plus en plus indignée, la malade sort de la Pitié et va à l'Hôtel-Dieu, dans le service de Robert. Ce chirurgien, prévenu de l'erreur de diagnostic de ses deux collègues, crut tellement à un abcès qu'il donna un troisième coup de bistouri suivi du même insuccès !

M. Lannelongue. Je crois qu'il ne faut pas abandonner complètement à eux mêmes tous les sarcomes des os. Nous n'arriverons peut-être jamais à diagnostiquer la nature histologique de ces tumeurs, mais leur marche nous donne des indications précieuses. Si un sarcome se développe très rapidement, c'est évidemment un sarcome très malin. Si, dans ce cas, on veut prévenir la mort, il vaut mieux enlever le mal que de lui laisser suivre son cours. Toutes les récidives se font par le transport mécanique des éléments morbides, soit par les veines, soit par les lymphatiques. Prévenir ce transport en opérant de bonne heure, c'est prévenir la récidive.

M. Marc Sée. Je me suis souvent trouvé embarrassé pour savoir s'il fallait opérer un sarcome. Dans ces cas, je me suis guidé sur la marche de la maladie. Quand la tumeur est stationnaire et qu'elle gêne seulement par son volume et les douleurs qu'elle produit, on est autorisé à l'enlever. J'ai fait, l'année dernière, une amputation de cuisse pour un sarcome qui avait marché d'une manière extrêmement lente et qui avait débuté par le genou. L'amputation a été faite très haut, et la malade a rapidement guéri. Plus tard, elle a eu une récidive dans la cicatrice et dans le ventre. Malgré la possibilité d'une récidive, il y a quelquefois une guérison complète après l'opération, et ces cas doivent encourager à opérer.

Si nos connaissances cliniques actuelles ne nous permettent pas de faire le diagnostic de la nature histologique d'un sarcome, nous avons cependant un moyen de nous éclairer; c'est de faire une

ponction dans la tumeur avec un instrument, qui permet d'en retirer une petite quantité que l'on examine au microscope. Cette ponction, qui a des inconvénients lorsqu'elle est faite sans précautions, n'offre aucun danger lorsqu'on la pratique d'après les préceptes de Lister.

M. Desprès réprouve ces ponctions exploratrices, car elles produisent ou une excitation dans la marche de la tumeur ou sa gangrène.

M. Lannelongue dit que les tumeurs sarcomateuses étant formées par des éléments, qui sont différents dans les divers points de la production morbide, l'examen que l'on peut faire à la suite d'une ponction exploratrice est nécessairement incomplet et insuffisant.

Présentation de malade.

Par M. Cruveilhier.

Épithélioma du plancher de la bouche et de la langue. — Section du maxillaire inférieur sur la ligne médiane; ablation de tout le plancher de la bouche et de la partie de la langue qui est en avant du V lingual. — Suture métallique du maxillaire inférieur. — Réunion.

B*** (Jean), âgé de 54 ans, est entré dans mon service le 15 mars 1879.

Nous n'avons pu avoir que peu de renseignements sur ses antécédents de famille. Il raconte que son père est mort à 71 ans, à la suite d'une maladie qui a duré un an, mais il ne peut donner aucun détail sur l'affection. Sa mère mourut à soixante et quelques années; même ignorance du malade sur la nature de la maladie. Il nous signale qu'un de ses frères est mort de la poitrine à la suite d'excès.

B*** n'a jamais été obligé de s'aliter dans sa vie.

Dans son enfance et sa jeunesse, il ne signale ni maux d'yeux, ni engorgement ganglionnaire, ni écoulement d'oreille. Jamais de blennorrhagie ni de syphilis. S'enrhumant facilement, il garde ses rhumes très longtemps. Vertiges de temps en temps. Il y a trois ou quatre ans, pendant quatre ou cinq jours, épistaxis abondantes. Il y a deux ans, maux d'yeux, marqués surtout par des picotements et de l'épiphora, la vue était intacte; cet état a duré un an. A la même époque, le malade constate qu'il a la tête couverte de croûtes. Notons enfin que ce malade a eu pendant un an des douleurs dans les deux membres supérieurs, douleurs marquées dans les bras et les épaules. Il n'y a pas eu d'interruption de travail. B*** transpire facilement et a souvent des migraines atroces.

Garçon d'hôtel à Paris, cet homme buvait peu, mais, en revanche,

fumait beaucoup la pipe. Il a cessé cependant l'usage du tabac depuis deux mois.

L'affection qui l'amène a débuté, il y a six mois, par une petite tumeur, un petit morceau de chair, dit le malade, sur le plancher de la bouche. L'excroissance s'est étendue, gagnant en superficie et en profondeur.

Dans l'origine, pas de douleurs. Depuis que l'affection progresse, la douleur s'est montrée de plus en plus vive; et même, depuis trois semaines, il y a une otalgie pénible pour le malade.

Cette tumeur saignait peu au début ; mais, à la fin, elle gênait tellement le malade, que celui-ci avait sans cesse les doigts dans la bouche, et faisait saigner les parties malades.

Dans les premiers temps, le malade salivait beaucoup ; maintenant la salivation a disparu. Depuis six semaines, la déglutition est très difficile, même pour des aliments liquides.

Etat actuel. Le malade est de petite taille, assez maigre. Sur le nez et les pommettes, quelques varicosités d'ailleurs peu développées. Yeux s'injectant facilement. Pas d'hémorrhoïdes ni de varices. Le malade a la bouche toujours ouverte ; en la faisant entr'ouvrir davantage, on voit que le plancher de la bouche est totalement envahi par une production épithéliomateuse. On arrive difficilement avec le doigt sur le plancher de la bouche, mais le moindre contact sur cette région, donne lieu à un léger écoulement de sang et fait souffrir le malade.

La langue est indurée dans son quart antérieur, légèrement augmentée de volume, un peu douloureuse. Son adhérence au plancher par le frein envahi empêche tout mouvement de l'organe. Sur sa face dorsale, on aperçoit une plicature, qui limite l'affection en arrière, comme s'il y avait une rétraction semblable à celle notée dans les squirrhes du sein. Au niveau de la rétraction, les parties ne sont pas dures, mais semblent saines.

On diagnostique un *Épithélioma de la langue et du plancher de la bouche.*

Opération le 25 mars.

1° Section de la lèvre jusqu'à la région sus-hyoïdienne. Décollement du périoste avec la rugine.

2° Section du maxillaire avec la scie à chaîne.

3° Décollement du périoste de la face interne et détachement des muscles géniens de leurs apophyses.

4° On perfore la langue avec trois longues aiguilles : deux placées verticalement, la troisième horizontalement, et on place derrière elles l'anse galvano-caustique. Pas de sang pendant et après la section.

5° Sutures osseuses avec de gros fils d'argent.

6° Affrontement de la lèvre; suture entortillée.

Soir. Injections glacées et phéniquées, répétées toutes les demi-heures. Pas de sang perdu.

26, soir. Le malade ne peut pas avaler ; il lui semble qu'il a un corps étranger dans la gorge. Depuis l'opération, il ressent une douleur, qu'il rapporte à la partie supérieure du larynx.

27. Le malade n'a pas dormi. Légère cautérisation au citron.

28. La déglutition est impossible. Sonde œsophagienne.

29. Odeur de sphacèle. Sphacèle du dos de la langue, d'ailleurs peu étendu.

On est toujours obligé d'alimenter le malade avec la sonde.

1er avril. Le malade se nourrit seul et prend trois litres de lait par jour.

Enlèvement de la suture entortillée des lèvres ; la réunion est bien faite.

3. Nuit, légère hémorrhagie.

19. Douleurs vives pendant la nuit, au creux épigastrique.

De minuit à 5 heures. Injection de morphine.

20. Matin. Douleurs moindres. Pas de vomissements.

Depuis ce moment, l'état du malade n'a fait que s'améliorer ; le bourgeonnement s'est opéré progressivement et d'une façon assez rapide. La parole, impossible dans le début, est revenue à peu près nette, mais toujours moins embrouillée qu'avant l'opération.

Le malade est sorti le 15 mai, très bien portant.

Une des sutures osseuses a été enlevée le 20 mai. Le malade doit revenir pour se faire enlever le second fil. Il y a déjà une consolidation très apparente de la mâchoire inférieure.

L'examen microscopique de la tumeur a montré qu'elle était à peu près exclusivement composée d'épithélium pavimenteux sans globes épidermiques.

Je revois le malade au mois de juin 1880, c'est-à-dire, plus de quatorze mois après l'opération. La consolidation osseuse paraît parfaite, et le malade, en effet, peut mâcher les aliments résistants, comme la viande, le pain, etc. L'état général est parfait ; le teint est coloré ; il n'y a eu aucun amaigrissement. Le malade parle seulement de douleurs qui s'irradient jusque dans la fosse temporale droite. Il y a un peu de sensibilité dans la région qui correspond au plancher de la bouche. La langue est très adhérente à ce plancher et ne peut exécuter aucun mouvement. Le dos de la langue est formé par le V lingual. Quant à la manière dont s'opère la déglutition, elle est assez curieuse. Le malade est obligé de pousser les aliments jusque dans la gorge pour les avaler, ou bien de les entraîner vers l'isthme du gosier, à l'aide d'un courant d'eau ; il rejette en même temps vivement la tête en arrière.

Présentation d'instrument.

M. Trélat présente, au nom de M. Collin, un nouvel *ouvre-bouche*, qu'il a essayé pour la première fois, il y a six mois.

On place cet instrument, comme un abaisse-langue ordinaire, dont il a la forme. Deux pièces latérales mobiles sur leur axe, sont disposées pour recevoir les deux molaires supérieures.



En agissant sur la pédale, on écarte les mâchoires. Un clique maintient l'écartement, et l'instrument peut être ainsi laissé ent place pendant toute une longue opération.

Pour fermer l'instrument, il suffit d'appuyer le doigt sur un bouton placé sous la tige.

Afin de diminuer la longueur de l'instrument, on retire le manche en desserrant une vis.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 16 juin 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médccine*. — Les *Annales de gynécologie*. — La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*. — Le *Journal de médecine et de chirurgie*.— Le *Journal de thérapeutique*, de Gubler. — L'*Alger médical*. — Le *Lyon médical*. — Le *Marseille médical*. — Le *Journal de médecine de la Haute-Vienne*. — Les *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*.

3° Le *New-York medical Journal*. — La *Gazette médicale Italienne-Lombarde*. — Le *British medical*. — Le *Journal d'Athènes*. — La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane*.

4° De l'*Éther et du Chloroforme*, 4 volumes, adressés par M. le Dr Simonin, de Nancy, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant.

5° *Observation de kyste périostique du maxillaire*, adressée par M. le Dr Redier, de Lille. — Rapporteur, M. Magitot.

6° M. Giraud-Teulon offre, de la part de M. le Dr Badal, de Bordeaux, un mémoire intitulé : *Influence du diamètre de la pupille et des cercles de diffusion sur l'acuité visuelle*.

7° M. Périer offre, de la part de M. le Dr Jorsy, sa thèse intitulée : *Sur l'anesthésie dans les opérations de la face*.

8° M. Terrillon offre, de la part de M. Christian Smith, de Bruxelles, un *Précis clinique des affections des voies urinaires chez l'homme*.

M. le président annonce que MM. Ancelet et Monteils, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport

Sur une observation de *ligature des deux carotides*, adressée à la Société de chirurgie par M. Albert Demons, professeur agrégé à la faculté de médecine de Bordeaux, chirurgien de l'hôpital Saint-André, au nom d'une commission composée de MM. Desprès, Guéniot, Cruveilhier, rapporteur.

Voici, en quelques lignes, le résumé de cette observation, rédigée avec le plus grand soin et accompagnée de quatre planches coloriées :

Il s'agit d'un homme de 45 ans, qui se tira, le 15 février 1880, un coup de revolver dans l'oreille droite. L'hémorragie par le conduit auditif fut considérable, mais il n'y eut aucune perte de l'intelligence. Une hémiplégie faciale se montre instantanément et il s'y joint une surdité absolue du côté droit.

Le 21 février, M. Demons endort le malade par le chloroforme afin de retirer des esquilles dont la présence, constatée dans le fond du conduit auditif, pourrait déterminer une suppuration longue et douloureuse; il s'agit aussi de rechercher le projectile. Une incision courbe est faite derrière le conduit auditif, et on peut retirer, à l'aide d'une pince à pansement, quatre ou cinq fragments osseux et un petit fragment de la balle.

Le 1er mars, survient une hémorragie que l'on évalue à un litre de sang, puis le lendemain une seconde hémorragie moindre. La ligature de la carotide primitive est résolue et exécutée sur-le-champ. Il ne survient à la suite aucun trouble ni de l'intelligence, ni de la sensibilité, ni de la motilité.

Trois nouvelles hémorragies surviennent les jours suivants, et sept jours après la première opération, M. Demons lie la carotide primitive gauche. Le malade semble avoir un peu de peine à se réveiller; il paraît un peu hébété, mais il ne manifeste aucun trouble de la parole, ni de la sensibilité, ni de la motilité. La température qui, une demi-heure après l'opération, était tombée à 36°,4, remonte à 38°,2. Le malade paraît très faible, avale et respire avec peine. Dans la nuit, quinze heures après l'intervention chirurgicale, le malade pousse deux ou trois soupirs et s'éteint doucement.

L'*autopsie* montre que la lame osseuse, qui sépare le conduit auditif de l'articulation temporo-maxillaire, a disparu, et que le condyle du maxillaire inférieur fait saillie dans le conduit. Le rocher est fracturé et ne tient plus à la base du crâne que par de minces jetées osseuses et par la dure-mère. Le canal carotidien se trouve partagé en deux moitiés, et la carotide présente une solution de continuité de la dimension d'une lentille, au niveau de son premier coude, dans le canal inflexe du rocher. Du centre de la fracture part un trajet à parois noirâtres qui descend obliquement en bas et en dedans, passe derrière la portion la plus élevée de la carotide interne et se termine en cul-de-sac entre le muscle ptérygoïdien interne et la paroi latérale du pharynx. Au fond de ce trajet, se trouve le projectile aplati et déformé.

M. le Dr Demons fait suivre sa remarquable observation d'un

certain nombre de réflexions, qui transforment son travail en une véritable monographie.

Notre confrère constate, d'abord, que les plaies par armes à feu du conduit auditif ont peu attiré l'attention. Il cite cependant trois cas, dont un lui est personnel, dans lesquels le projectile a été extrait du conduit auditif deux fois en entier, une troisième fois partiellement. La belle observation d'après laquelle M. Terrillon aurait extrait un projectile de l'apophyse mastoïde n'est pas oubliée.

En deuxième lieu, viennent les cas où la balle pénètre plus profondément, sans lésion de la carotide. Faut-il intervenir? M. Demons conseille de s'abstenir en raison de la déviation du projectile ; M. Verneuil en a rencontré un, en effet, à la base de la langue; et en raison, de la tolérance des tissus pour ces mêmes projectiles.

Je ferai à ce sujet un petit reproche à M. Demons : c'est de n'avoir pas fait entrer, comme élément du diagnostic de la position du projectile et de la possibilité de son extraction, l'emploi de l'explorateur de Trouvé. Il sera, en effet, difficile de renoncer à extraire un projectile qu'on sentira, pour ainsi dire, par le stylet explorateur.

Je dirai volontiers que toutes les fois que le projectile sera dénoncé, on pourra faire des tentatives d'extraction, et je préfèrerais cette manœuvre à celle qui consisterait à extraire des esquilles dont on ne connaît ni les limites, ni les connexions avec les vaisseaux.

M. Demons passe ensuite au second chapitre : De l'*intervention* dans les cas de lésions de la carotide interne. Les plaies de cette région sont fort rares. L'auteur cite le fait qui m'est personnel, où la balle avait pénétré par le pharynx ; puis il rapproche de ces faits ceux de Jolly où la lésion de la carotide était une ulcération. Cette solution de continuité était toujours située au niveau de la première courbure de la carotide, dans son trajet intra-osseux ; c'est à ce point même que l'artère était lésée dans le fait rapporté par M. Demons.

Une question, qui a une très grande importance au point de vue de l'intervention chirurgicale, est celle du diagnostic du vaisseau lésé. Les vaisseaux, qui peuvent être lésés, sont au voisinage du rocher ; ce sont la meningée moyenne, les sinus pétreux, caverneux. Si nous ajoutons que l'artère carotide peut être blessée avant son entrée dans le rocher, que la maxillaire interne peut être déchirée, au moment où elle contourne le condyle du maxillaire, nous nous trouvons en face d'hémorragies d'origine multiple.

Mais en s'adressant à la carotide, on supprime toutes les hémor-

ragies des troncs artériels ; resteraient seulement les lésions des sinus, sur lesquels Genouville a insisté avec juste raison.

M. Demons s'appuie sur la couleur rutilante du sang, sur l'absence des signes de compression cérébrale signalée, nous dit-il, dans un fait de M. Jolly où il y avait eu ulcération de la méningée moyenne avec épanchement intra-crânien. Nous savons pourtant que l'encéphale peut supporter bien des compressions sans les traduire par aucun signe extérieur. M. Lannelongue vient de nous présenter un cas de fongus de la dure-mère où il y avait une dépression énorme du cerveau sans aucun signe fonctionnel appréciable.

Une fois le diagnostic établi, à quel moyen faudra-t-il avoir recours ? M. Demons passe successivement en revue le tamponnement du conduit auditif, qui n'arrête l'hémorragie que d'une façon temporaire ; la compression de la carotide primitive, difficile à supporter et d'une application presque impossible ; la ligature de la carotide interne avec ses inconvénients si sérieux ; enfin, la ligature de la carotide primitive dont M. Demons signale trois succès attribués à MM. Broca, Syme et Cruveilhier. Notre confrère relate tout ce qui est relatif à la ligature de la carotide primitive qu'il a pratiquée. Il n'y eut à la suite aucun trouble cérébral ; les battements de la temporale se firent sentir deux jours après ; mais une nouvelle hémorragie se produisit et la question de la ligature de la deuxième carotide se posa.

Cette ligature a été faite avec succès dans plusieurs cas de tumeurs vasculaires de la tête et du cou. Dans deux cas d'hémorragie par ulcération du vaisseau, ceux de Bilroth et William, la mort survint quarante-huit heures après la seconde ligature.

M. Demons lia la carotide gauche, le malade put descendre de son lit, n'accusa d'autre sensation que celle d'une grande faiblesse, et s'éteignit treize heures après l'opération.

En terminant, M. Demons attire l'attention sur la rapidité avec laquelle les plaies se sont cicatrisées sous l'influence du pansement de Lister. Il se loue beaucoup de l'emploi du catgut, qui avait fait corps avec les tissus. L'auteur cite ensuite plusieurs faits de ligature antiseptique de la carotide, parmi lesquels le fait de notre collègue, M. Delens, qui lia la carotide par la méthode de Brasdor pour un anévrysme du tronc brachio-céphalique.

En résumé, sur trois ligatures doubles de la carotide pour hémorragies, trois fois la mort est survenue dans l'espace de quarante-huit heures. Ces faits sont loin d'être encourageants, mais si on se place en face de ces retours d'hémorragie, qui presque fatalement amènent une mort rapide, on comprend très bien que le chirurgien se décide à cette ressource extrême.

Il est une réflexion qui s'impose, c'est de savoir à quelles conditions il faut attribuer la différence des résultats observés dans le cas où la ligature double de la carotide est pratiquée pour des lésions d'un de ces vaisseaux et pour une tumeur vasculaire du cou et de la tête.

Cette différence tient-elle à ce que, dans le premier cas, le malade, épuisé par de nombreuses hémorragies et anémié dans son cerveau comme dans tous ses organes, ne peut supporter la perturbation circulatoire déterminée par la suppression du courant carotidien. La cause en est-elle dans ce fait que les ligatures pratiquées pour les cas d'hémorragie se succèdent très rapidement, tandis que pour les tumeurs vasculaires de la tête et du cou, où le chirurgien peut choisir le moment de son intervention, on laisse un certain intervalle entre les deux ligatures.

Quoi qu'il en soit de ces considérations, il est certain, lorsqu'on a assisté à la répétition de ces hémorragies, lorsqu'on a vu combien peu de désordre amène la ligature carotidienne, il est certain, dis-je, que le chirurgien est parfaitement autorisé à lier successivement les deux artères, si la suspension du cours du sang dans l'une n'amène pas l'arrêt de l'hémorragie.

En résumé, la commission remercie M. le Dr Demons de sa belle observation, à laquelle les quatre dessins coloriés qu'il y a joints, les recherches bibliographiques qui l'accompagnent donnent la plus grande valeur.

La commission propose :

1° D'adresser une lettre de remerciement à M. le Dr Demons ;

2° De déposer aux archives son mémoire ;

3° De l'inscrire sur la liste des candidats au titre de membre correspondant national.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Communication,

par M. Périer,

Sur deux observations d'inversion utérine traitée par la ligature avec tractions élastiques.

J'ai eu l'occasion d'observer presque simultanément deux femmes atteintes d'inversion utérine. Chez l'une, l'inversion datait de 6 mois, et paraissait s'être produite au moment de l'accouchement. L'autre malade était accouchée depuis six semaines, mais l'inversion n'avait été observée que vingt jours après, et paraissait consécutive à des efforts immodérés de défécation.

Chez les deux malades, l'hémorragie s'était montrée au moment du retour des couches ; elle avait été considérable, et avait mis leurs jours en danger.

Appelé à intervenir, j'avais tenté vainement de réduire l'inversion en employant la méthode préconisée par le professeur Courty, de Montpellier. A la suite d'insuccès répétés, j'ai dû recourir à une opération radicale, l'extirpation de la portion de matrice inversée, et je donnai la préférence à la ligature élastique, en la modifiant d'une manière que je crois avantageuse et que je viens vous exposer.

Au lieu d'appliquer le fil élastique directement sur le point à sectionner, j'ai lié très fortement l'utérus avec un fil de soie résistant, et c'est sur ce fil que j'ai exercé des tractions élastiques au moyen d'un anneau de caoutchouc.

Ces tractions eurent pour effet de resserrer constamment le lien constricteur en le faisant s'engager de plus en plus dans un trou pratiqué à l'extrémité d'une tige métallique. Cette tige, munie à sa partie inférieure d'un certain nombre de crans formant crémaillère, fournissait des points d'appui successifs à l'anneau de caoutchouc qui opérait les tractions.

Pour pratiquer cette opération il m'a donc suffi :

1° D'une pince pour amener l'utérus au dehors; 2° d'un fil de soie résistant; 3° de la tige à crémaillère dont je viens de parler; 4° d'un anneau de caoutchouc; 5° d'un crochet représenté par le vulgaire tire-bouton.

La pince dont je me suis servi a été faite sur mes indications par M. Aubry. Les mors de cette pince forment deux demi-anneaux dont le plan est perpendiculaire à la direction des branches. Ils sont enveloppés de caoutchouc, afin que leur contact ne puisse blesser la muqueuse utérine. Lorsque la pince est fermée, les mors forment par leur rapprochement un collier destiné à entourer la partie étroite de l'utérus inversé. On peut alors attirer cet organe sans en déchirer le tissu et sans le comprimer d'une manière fâcheuse.

La tige métallique est une lame plate de 20 centimètres de longueur. Son extrémité supérieure est recourbée sur le plat en un crochet très court, dont la partie libre présente un trou à bords très lisses, destiné au passage du fil lié autour de l'utérus. L'un des bords de la lame est lisse dans toute la longueur; l'autre bord, lisse dans la moitié supérieure, présente, dans sa moitié inférieure, dix crans espacés de centimètre en centimètre, et dont les dents configurées en crochets tournés en bas font un relief de 6 millimètres. La lame, qui à 5 millimètres de large dans sa moitié

supérieure, est large de 11 millimètres dans la moitié inférieure qui forme crémaillère. J'ai fait fabriquer cet instrument chez M. Collin, et j'ai profité des conseils de notre ingénieux collègue M. Farabeuf pour trouver la forme la mieux appropriée au but que je voulais atteindre.

L'opération est d'une facilité extrême.

Dans un premier temps, à l'aide de la pince on amène l'utérus au dehors en complétant l'inversion, si elle était incomplète, comme chez nos deux malades.

Dans un deuxième temps, on passe une anse de fil autour de l'utérus, immédiatement au-dessus des mors de la pince. Les deux bouts du fil sont engagés dans l'œil de la tige métallique, dont l'extrémité est conduite jusqu'au contact de l'utérus. On voit alors si le fil est convenablement appliqué au point où l'on veut exercer la constriction, que l'on porte de suite à l'extrême en nouant aussi fortement que possible.

Dans un troisième temps, on assujettit un anneau de caoutchouc contre le nœud constricteur, par un autre nœud, qu'il est indispensable de faire triple, car c'est sur lui qu'appuiera le caoutchouc, dont la traction le ferait infailliblement glisser et se relâcher, s'il n'était que double.

Le quatrième temps consiste à saisir à l'aide du crochet la partie libre de l'anneau de caoutchouc pour l'accrocher, le plus loin possible, à l'un des crans de la crémaillère.

Enfin, dans un dernier temps, on remet l'utérus à la place qu'il occupait dans le vagin et l'extrémité libre de la tige sort de la vulve sans exercer aucune pression sur les parties molles. Elle se tient droite dans l'axe du vagin par le fait de la direction dans laquelle s'exerce la traction.

Les phénomènes observés consécutivement à cette opération ont été presque identiquement les mêmes chez mes deux opérées. Douleur très vive au réveil, mais facilement calmée par l'injection hypodermique de morphine répétée à chaque réapparition de la douleur, sensation de gêne et de tiraillement pendant les premiers jours; enfin, absence complète de toute sensation pénible après cinq ou six jours.

Comme on eut soin de faire, toutes les trois ou quatre heures, des injections vaginales de solution de chloral au 1/100, il n'y eut pas de mauvaise odeur, non plus que de fièvre.

Vers le 5e ou 6e jour, l'anneau de caoutchouc fut reporté à deux ou trois crans plus bas, puis de temps à autre à un cran encore au-dessous.

Il ne paraît pas y avoir eu d'écoulement vaginal, mais cela est dû à la fréquence des lavages qui entraînaient les liquides

avant qu'ils n'eussent eu le temps de s'écouler au dehors du vagin.

L'utérus après 5 ou 6 jours était mollasse et flétri.

Chez ma première opérée, mon doigt put s'introduire dans une cavité, qui me fit croire que le fil avait à ce moment coupé toute l'épaisseur de la paroi utérine dans une portion de la circonférence; l'examen de la pièce me montra plus tard qu'il s'agissait d'une perforation spontanée au-dessous de la ligature.

Chez l'autre opérée, il était impossible d'attribuer une forme à ce que je sentais par le toucher.

Enfin, l'utérus se détacha le 14e jour chez l'une, le 18e chez l'autre. Mais la séparation de l'utérus, dans un cas comme dans l'autre, n'était pas le résultat d'une section par le fil : c'était une véritable chute d'escharre, le tissu utérin ayant été mortifié dans toute son épaisseur à quelques millimètres au-dessus du point serré, ainsi que le démontre l'existence d'un sillon dans lequel le fil était resté engagé.

Au-dessous de ce sillon, l'utérus flétri était largement perforé et laissait voir la cavité à revêtement péritonéal.

Le mode d'action de la ligature ayant été identique dans les deux cas, il est permis d'affirmer qu'il en sera toujours de même sous l'influence du même moyen, qui, n'agissant pas par section, mettra aussi sûrement que tout autre à l'abri d'une hémorragie.

En outre, il se recommande par une facilité d'exécution plus grande que la ligature élastique simple, qu'on ne peut resserrer sans se livrer à des manœuvres pénibles, sinon dangereuses, et dont l'application doit, suivant M. Courty, être précédée d'une cautérisation circulaire au galvano-cautère.

Après la chute de l'utérus, le col a recouvré presque de suite l'aspect d'un col normal, et les malades ont repris très rapidement leur vie habituelle.

Voici, d'ailleurs, les deux observations, dont la première a été recueillie par M. Jamain, interne de mon service :

Obs. I. — G... (Catherine), âgée de 31 ans, entre le 9 février 1880, salle Sainte-Marguerite, lit n° 14.

D'une excellente santé habituelle, cette malade bien réglée depuis l'âge de 13 ans, s'est mariée en juillet 1878, et est devenue enceinte au bout de quatre mois. La grossesse a été normale. Les premières douleurs ont commencé le 20 août. Après un travail de quatre jours, pendant lesquels la malade fut livrée aux manœuvres d'une sage-femme, un médecin de la ville fit une application de forceps et retira un enfant mort depuis plusieurs jours. Le placenta ne put être extrait, paraît-il, que morceaux par morceaux, et cette délivrance s'accompagna d'hémorragie très abondante. Pendant une quinzaine de jours, l'accouchée semble avoir eu de la péritonite, et des lochies très fétides, pendant près de

six semaines. A cette époque, au moment où elle attendait son retour de couches, elle eut une véritable hémorragie qui dura près de quinze jours, mais sans être accompagnée d'aucun phénomène douloureux. Depuis lors, jusqu'à son entrée à l'hôpital (du 4 octobre au 9 février), la malade n'a, pour ainsi dire, pas cessé de perdre du sang ; elle n'est jamais restée plus de six jours sans avoir de métrorragie. Son médecin ayant reconnu la présence dans le vagin d'une tumeur lisse, arrondie, polypiforme, faisant saillie par le col utérin, la détermina à entrer à l'hôpital où elle fut admise le 9 février.

A la visite du lendemain, je constate, en effet, qu'il existe dans le vagin une tumeur du volume et de la forme d'une grosse figue, dure, mais à surface mollasse et tomenteuse, faisant issue entre les lèvres du col, qui a la forme d'un bourrelet annulaire.

La pulpe du doigt pénètre facilement entre le pédicule de la tumeur et le col; mais le doigt est arrêté par un sillon nettement circulaire ayant partout la même profondeur.

En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal et le toucher rectal, je constate l'absence d'utérus au-dessus du col utérin, et j'acquiers de suite la certitude qu'il s'agit d'une inversion utérine incomplète.

En ce moment, la malade a des pertes plus abondantes qu'à l'ordinaire par coïncidence avec l'époque présumée des règles. Je m'occupe tout d'abord d'arrêter les pertes et de tonifier la malade, qui est dans un état de profonde anémie.

Le 25 février, après avoir endormi la malade au chloroforme, j'essaie de réduire l'inversion par la méthode du professeur Courty ; mais il m'est très difficile d'amener au dehors l'utérus, que je n'ose attirer avec des pinces à griffes, à cause de l'état inflammatoire de sa surface, qui est ulcérée sur un grand nombre de points. D'autre part, je ne puis suffisamment accrocher les ligaments utéro-sacrés avec l'index et le médius de la main gauche que j'avais introduits dans le rectum. Après avoir inutilement essayé à plusieurs reprises, je suis obligé d'abandonner mes tentatives de réduction. Dans la journée, et le lendemain, la malade a perdu du sang.

Le 29 février, après avoir fait construire par M. Aubry, une pince à mors semi-annulaires, je puis facilement amener au dehors l'utérus dont l'inversion se compléta. Il me devient alors facile d'accrocher les ligaments utéro-sacrés, mais, cette fois encore, mes tentatives répétées ne furent point couronnées de succès.

C'est alors que je me décide à faire la ligature du pédicule de la portion inversée. J'y procède le 3 mars, la malade ayant été soumise aux inhalations du chloroforme.

L'utérus amené au dehors à l'aide de la pince dont je viens de parler, j'entoure le pédicule d'une anse de fil de soie, qui est solidement nouée après que les chefs du fil ont été engagés dans l'œil de la tige à crémaillère. Je fixe près du nœud un fort anneau de caoutchouc, que j'accroche ensuite à l'un des crans de la crémaillère. La partie de l'utérus sous-jacente à la ligature prend de suite une teinte violacée. Je réduis

le tout dans le vagin, dans lequel je fais une injection avec la solution phéniquée au quarantième, et la malade est reportée à son lit, où elle est couchée sur le dos les jambes écartées et les jarrets soutenus par des coussins.

La tige sort par le vagin sans exercer aucune pression sur les parties molles. Le jour même, douleurs vives, facilement calmées par les injections hypodermiques de morphine. Injections vaginales toutes les trois heures avec la solution de chloral au 1/100.

Les jours suivants, les douleurs cessent complètement. Le 7 mars, 5e jour, l'anneau est reculé d'un cran.

Le 9 mars, 7e jour, après l'administration d'un verre d'eau de Sedlitz et d'un lavement purgatif, trois selles abondantes.

Le 10 mars, quelques douleurs abdominales et lombaires, c'est l'époque où les règles devraient paraître.

Le 11, un peu de céphalalgie avec température de 38°4.

Le 12, un peu de sensibilité à la pression sur l'abdomen; elle disparaît le 13.

Le 14, un peu d'anorexie, langue blanche; un verre d'eau de Sedlitz. Deux selles dans la soirée.

Le 15, je recule l'anneau élastique de trois crans, et je pratique le toucher vaginal. Je pénètre dans la cavité de l'utérus (face péritonéale) par un orifice situé au-dessous de l'extrémité de la tige, qui porte la ligature. Il me semble qu'il y a section de toute l'épaisseur de la paroi dans une partie de la circonférence du pédicule.

Le 16 mars, sans le moindre effort, j'extrais la tige métallique, qui entraîne avec elle la portion d'utérus liée.

Je constate, avec surprise, que le fil n'a pas sectionné l'utérus : la séparation entre le mort et le vif s'est faite à près d'un demi-centimètre au-dessus du point d'application du fil.

Je touche avec précaution le col, qui me paraît déchiqueté, et au centre duquel je sens un petit bourrelet lisse, sur la nature duquel je ne cherche pas à m'éclairer davantage.

Les jours suivants, l'état de la malade est excellent ; elle se lève le 20 mars. Je l'examine au spéculum le 26 ; je trouve le col tout à fait normal.

Le 3 avril, la malade quitte l'hôpital.

Depuis l'opération, la malade n'a pas perdu une goutte de sang. Les liquides sécrétés n'ont jamais eu de mauvaise odeur. Il n'y a presque pas eu de fièvre ; la température n'a dépassé 38° que quatre fois : le 2e et le 3e jour, 38°,2; le 9e, 38°,4, et le 11e, 39°. Le reste du temps, elle a oscillé entre 37°2 et 38°. Il est bon de noter que du 9e au 11e jour c'était l'époque où elle devait avoir ses règles.

La portion d'utérus détachée peut être comparée à un petit ballon en caoutchouc mince qui aurait été crevé. La ligature, qui s'est creusé un sillon, ferme hémétiquement la cavité ; mais les surfaces péritonéales sont libres au-dessus et au-dessous ; au-dessus, en déplissant un peu les parties on distingue les annexes; au-dessous, la surface est partout lisse, les parois sont minces, molles et déchirées largement

sur l'un des côtés. Ainsi la ligature n'a pas eu pour effet de sectionner les parties; elle a agi avec une telle énergie qu'elle a mortifié les tissus du côté où ils auraient pu encore recevoir du sang, et c'est le travail d'élimination de cette portion mortifiée qui a oblitéré le péritoine.

La malade est venue nous voir à l'hôpital le 19 avril; son état général est excellent. Elle aurait dû avoir ses règles le 9 avril, elles ne sont pas venues, mais dans la matinée du 11 elle a perdu quelques gouttes de sang.

Le 26 mai, la malade, venue à l'hôpital, nous a dit se porter admirablement, mais avoir eu, vers le 11 de ce mois, des douleurs lombaires et un écoulement légèrement teinté pendant 2 jours, comme le mois précédent.

Obs. II. — Mme P..., âgée de 25 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, éprouve après une grossesse régulière, les premières douleurs de l'accouchement, le 30 janvier 1880 à 9 heures du matin. Dans la nuit suivante, à 4 heures du matin, le col étant complètement dilaté et la tête engagée dans l'encavation pelvienne, mais restant en place depuis plusieurs heures, le Dr Raoux, médecin de la malade, fait une application de forceps et amène sans difficulté un enfant bien vivant. La délivrance est faite vingt minutes après sans aucun effort.

Une heure après, survient une hémorragie abondante. Une sage-femme, qui habite la même maison que l'accouchée, introduit la main dans la cavité utérine, et la débarrasse des caillots qu'elle renferme, puis administre du seigle ergoté. L'hémorragie, promptement arrêtée, la malade est maintenue dans le décubitus horizontal.

Pendant huit jours, la fièvre est persistante, le pouls variant entre 120 et 140. Il y a des douleurs lombaires avec irradiations vers les aines. Le ventre, tendu et sensible à la palpation, se laisse assez déprimer pour qu'on puisse sentir, dans la fosse iliaque droite, l'utérus qui paraît suivre son involution normalé. La malade ne peut uriner sans être sondée. La constipation est opiniâtre et ne cède qu'à l'influence de purgatifs répétés. Le sulfate de quinine fut administré quotidiennement. Des injections vaginales étaient faites plusieurs fois par jour.

Vers le 8 février, tous les symptômes s'amendent. L'émission de l'urine se fait spontanément. Les garde-robes seules sont difficiles et nécessitent l'emploi de lavements et de purgatifs salins.

Vers le 15e jour, la malade se lève, et, dès ce jour, prend l'habitude pour aller à la garde-robe de s'accroupir sur un vase posé sur le parquet de la chambre, et fait chaque fois des efforts considérables. Le 20e jour, dans un de ces efforts, elle sent qu'une grosseur se présente à la vulve; la sage-femme, appelée, constate la présence d'une tumeur globuleuse, dans le vagin; cette tumeur lui semble provenir de l'utérus. Cependant la malade s'occupe des soins de son ménage.

Le 10 mars, retour de couches qui ne présente rien de particulier; mais le surlendemain 13, hémorragie considérable, que l'on combat par des injections vaginales au perchlorure de fer et par des injections hypodermiques à l'ergotine.

Je vois la malade, pour la première fois, le 14 mars; je la trouve dans le décubitus dorsal, avec le facies pâle que l'on observe à la suite des grandes pertes de sang. Le ventre est plat, non douloureux à la pression ; je ne sens aucune tumeur ni dans les fosses iliaques, ni à l'hypogastre.

Par le toucher vaginal, je sens une masse dure, arrondie, piriforme, la petite extrémité paraissant sortir du col utérin, qui l'entoure assez lâchement pour permettre l'introduction du doigt. L'extrémité de l'index est à peine engagée qu'elle s'arrête à un sillon circulaire, qui fait régulièrement le tour du point d'implantation, et a partout la même profondeur. En combinant le palper abdominal avec le toucher vaginal, je ne sens entre les deux mains rien qui rappelle le corps de l'utérus. Par le toucher rectal, je n'arrive pas au-dessus de la masse que je sens dans le vagin; mais au peu d'épaisseur des tissus qui séparent mon doigt de la main appliquée sur l'abdomen, je suis convaincu que le corps de l'utérus ne surmonte pas la partie supérieure de la tumeur, et qu'il s'agit bien d'une inversion utérine incomplète.

Comme l'accident remonte au moins à un mois, une intervention immédiate ne présente pas assez de chances de succès pour que je n'essaie pas, tout d'abord, de combattre l'hémorragie, espérant mieux réussir lorsque l'utérus aura cessé d'être turgescent comme il l'est au moment de mon examen.

Le 30 mars, l'hémorragie ayant cessé depuis quelques jours, la malade n'éprouvant aucune douleur, un nouvel examen confirme le diagnostic. Le spéculum permet de voir aisément la muqueuse utérine qui a une teinte rouge clair, un aspect légèrement tomenteux, et n'est pas ulcérée; mais, comme le rectum est distendu par des matières fécales dont la présence gênerait les manœuvres, je prescris un purgatif et des lavements, et je remets la tentative de réduction au surlendemain.

Des circonstances indépendantes de ma volonté m'empêchèrent de revoir la malade avant le 19 avril.

Le 8 avril, les règles étaient venues avec un peu de retard; elles n'ont pas tardé à prendre les proportions de véritables pertes.

Le 19, j'attire l'utérus avec des pinces spéciales, et, après avoir introduit deux doigts dans le rectum, de manière à accrocher les ligaments utéro-sacrés, j'essaie de réduire l'inversion utérine. Les pressions que j'exerce sur le fond de l'utérus, ne sont pas extrêmement douloureuses; mais, à part un peu de dépressibilité au niveau de la corne gauche, je n'obtiens aucun résultat. Je renouvelle mes tentatives plusieurs fois, et chaque fois les pressions que j'exerce font remonter l'utérus inversé dans le vagin, sans que les doigts introduits dans le rectum puissent s'opposer à cette ascension.

Le 22 avril, avec l'assistance de notre collègue Championnière et du docteur Raoux, je renouvelle les mêmes tentatives, la malade ayant été préalablement endormie à l'aide du chloroforme. M. Championnière essaie à son tour d'obtenir la réduction. Devant l'impossi-

bilité d'arriver à un résultat, nous nous décidons, séance tenante, à recourir à la ligature.

Comme pour la malade de l'observation précédente, j'attire au dehors le corps de l'utérus. Dans ce premier temps, l'inversion se complète, comme le prouve l'effacement du col. J'applique immédiatement au-dessus de l'anneau, que forment les mors de la pince, une anse de fil de soie très fort; je passe les chefs du fil dans le trou que présente l'extrémité supérieure de la tige à crémaillère, après quoi le fil est noué solidement par un double nœud autour du pédicule de la tumeur utérine. J'engage ensuite un anneau de caoutchouc entre les deux bouts du fil, que je noue de manière à rapprocher cet anneau du haut de la tige à crémaillère. Cela fait, à l'aide d'un crochet dit tire-bouton, j'accroche la partie libre de l'anneau au deuxième cran de la crémaillère. Je conserve aux bouts du fil une longueur suffisante pour pouvoir m'en servir au besoin si l'anneau de caoutchouc venait à se rompre et qu'on fût obligé de le remplacer. J'attache ces bouts de fil le long de la tige à crémaillère, pour éviter qu'ils pendent au dehors et ne soient exposés à être tiraillés. Cela fait, l'utérus est remonté à la place qu'il occupait dans le vagin, et on n'aperçoit au dehors qu'un bout de la tige qui sort par la vulve, sur une longueur de 7 à 8 centimètres, sans exercer de pression sur aucun point des parois vaginales.

La malade se réveille lentement, et, dix ou douze minutes après l'opération, commence à se plaindre de douleurs très vives dans le ventre, qui sont calmées par l'injection d'un centigramme de morphine. Les douleurs se réveillent au bout de trois heures, on fait une nouvelle injection moins forte ; nouveau calme momentané. Chaque fois que la douleur se réveille, nouvelle injection d'une petite quantité de morphine. Dans les vingt-quatre premières heures, on a injecté de la sorte 4 centigrammes de morphine. Le second jour, la dose a dépassé 2 centigrammes. Le troisième jour, un peu plus d'un centigramme. Le quatrième jour, les douleurs ayant cessé, on n'eut plus recours à la morphine.

Depuis l'opération, on n'a pas cessé un seul jour de faire toutes les trois heures, en moyenne, des injections vaginales avec une solution de chloral au 1/100; aussi n'a-t-on observé aucune mauvaise odeur.

La miction s'est faite régulièrement, sauf le premier jour où le cathétérisme a été nécessaire. Il y a eu, au début, un peu de ténesme anal, sans garde-robes. La constipation a déterminé un peu de ballonnement et de douleur de ventre qui ont cédé après évacuation.

Dès le 26, quatre jours après l'opération, l'état général et l'état local étaient des plus satisfaisants : bon appetit, bon sommeil, garde-robes quotidiennes et sans efforts ; d'ailleurs, l'état fébrile avait été presque nul, bien que le pouls ait présenté des variations considérables et ait été un moment jusqu'à 130. Mais la peau n'a jamais été chaude, et la température, qui n'a été prise que deux fois, le deuxième et le quatrième jour, n'a pas atteint 38°.

L'opération faite le 22, l'anneau de caoutchouc fut reporté, le 25, à

deux crans plus bas, à trois autres crans le 30. Ce jour-là, je pratique le toucher, et je sens dans le vagin une masse mollasse, mal définie, et je ne puis atteindre l'extrémité de la tige métallique engagée dans le col. L'anneau est déplacé d'un cran le 6 mai et d'un cran le 8 ; enfin le 9 mai, dix-huitième jour, à quatre heures du soir, la malade sentant la tige se déplacer, la retire, entraînant avec elle la tumeur qui y restait attachée.

Cette tumeur présente absolument les mêmes caractères que celle de ma première malade, avec cette différence que la déchirure est double et forme un véritable lambeau. Le fil n'a point sectionné les tissus. Il y a au-dessus de son point d'application, indiqué par un sillon profond, une portion de tissu utérin d'un demi-centimètre de hauteur, qui a été mortifié. On voit à ce niveau des portions des annexes.

Le lendemain, 10 mai, la malade se lève une heure. Trois jours après, elle peut sortir.

Le 15 mai, je l'examine: les culs-de-sac du vagin sont libres; le col présente au toucher un aspect à peu près normal; par le palper abdominal combiné, on peut reconnaître qu'à la place de l'utérus, il reste une masse qui paraît en tout grosse comme une noix. Au spéculum, le col a l'aspect de celui d'une femme récemment accouchée : il est fermé, mais l'orifice est déchiqueté, comme étoilé, et légèrement exulcéré.

Le 17 et le 18, il y a eu un peu d'écoulement très légèrement teinté. Est-ce un écoulement menstruel? La malade m'a promis de noter tout ce qu'elle observerait de ce côté. S'il survient quelque phénomène digne d'être mentionné, j'en ferai part à la Société.

Discussion.

M. Guéniot. Je félicite M. Périer des succès qu'il a obtenus. Je veux cependant lui faire deux objections.

La première, c'est que les tentatives de réduction n'ont été faites que d'après le procédé de Courty. On aurait pu employer d'autres procédés, et, en particulier, la compression élastique avec un ballon de caoutchouc introduit et gonflé dans le vagin. Avant de recourir à la résection de l'utérus, j'aurais essayé ce moyen.

En second lieu, j'aurais voulu que M. Périer comparât son procédé avec les autres procédés de résection de l'utérus. M. Périer n'a fait la comparaison de son procédé qu'avec celui de la ligature élastique. Il a très bien remarqué que son procédé, qui n'est autre chose que le procédé ancien de ligature des tumeurs, agissait par la mortification des tissus. Quant à moi, je préférerais la ligature élastique qui sectionne les tissus et produit plus rapidement leur séparation. La ligature avec un fil non élastique a été abandonnée, parce qu'en mortifiant les tissus elle peut donner lieu à des accidents d'infection putride. M. Périer, j'en conviens, s'est très heu-

reusement mis à l'abri de ces accidents par des injections antiseptiques ; néanmois le danger de ces accidents existe.

L'instrument de M. Périer serait excellent pour faire la ligature élastique. Il suffirait de remplacer le fil de soie par un fil de caoutchouc.

M. Le Fort fait remarquer que si la séparation s'est faite par une mortification siégeant au-dessus du point serré par le fil, cela tient à la pression sur l'utérus de l'extrémité de l'instrument qui contient le fil constricteur. En construisant cet instrument de manière à ce qu'il se terminât par un petit talon à angle droit donnant passage au fil, on n'aurait plus cette gangrène au-dessus de la ligature.

M. Desprès. Il importe qu'il soit bien établi que, dans les observations de M. Périer, comme dans les observations de M. Chauvel et de M. Cazin, on n'a enlevé qu'une portion de l'utérus et non l'utérus en totalité. Dans un cas, j'ai eu la main forcée et j'ai été obligé de faire l'*ablation complète* de l'utérus. Voici l'observation de ce fait. Aucun chirurgien, en France au moins, n'a vu ou n'a publié un fait analogue.

Obs. — Inversion totale de l'utérus chez une vierge. *Chute complète de l'utérus inversé.*

La nommée X..., âgée de 44 ans, religieuse, entre à l'hôpital le 16 avril 1880, salle Cochin nº 19. Cette malade appartient à une famille de Franche-Comté. Sa mère vit encore; elle ne semble pas avoir eu quelque chose du côté des organes génitaux. Rien dans les antécédents personnels de la malade, sauf deux fluxions de poitrine. La malade fut réglée à 14 ans, mais ses règles vinrent irrégulièrent, furent pâles, peu abondantes jusqu'à 38 ans. A cette époque, il y eut de la leucorrhée et des règles abondantes qui, il y a 3 ans, constituaient de véritables pertes. Il y a un an et demi seulement qu'elle a éprouvé de la gène, de la pesanteur au bas-ventre, des nausées, des douleurs de rein. La discrétion qu'exigeait son état l'empêcha de consulter un médecin.

Diverses médications ont été faites, mais il n'a pas été possible do préciser lesquelles.

La malade ne tarda pas à s'apercevoir qu'au moment de ses époques quelque chose tendait à sortir par la vulve, lorsqu'elle allait à la selle. A plusieurs époques successives, le même phénomène fut observé, et toujours ce quelque chose rentrait ensuite; mais il n'y avait pas une grande perte de sang.

Un médecin consulté à une des époques diagnostiqua un polype. C'est la seule visite que la malade ait reçu d'un médecin. Plus tard la malade perdit une petite masse desséchée, grosse comme un pruneau. Il y eut un moment de répit. Cependant des pertes apparurent aux époques des règles, puis un autre corps arrondi sortit par la vulve et devint de plus en plus saillant.

Depuis cinq mois, toutes règles ont cessé, mais la malade a une leucorrhée incessante. Elle sent ses forces diminuer de jour en jour, et elle arrive à Paris, usée et, suivant une expression familière, au bout de son rouleau.

A son entrée, nous constatons que la malade est jaune avec des couleurs fouettées au visage. La malade semble infiltrée.

L'examen des parties génitales permet de constater l'état que vous voyez sur ce moule en cire, qui va être déposé au musée Dupuytren.

Il sort de la vulve entrouverte un corps cylindrique un peu renflé à sa partie terminale, grisâtre, humide et suintant un liquide jaunâtre un peu poisseux. Sur la partie terminale de ce boudin, si l'on peut ainsi dire, on voit deux orifices à peu près symétriques, séparés par un espace blanchâtre ressemblant à une cicatrice. En haut, au niveau de l'orifice vaginal, à droite de la malade, il y a une place rosée où il est facile de reconnaître une muqueuse avec des plis en éventail.

Il n'y avait pas à s'y méprendre, nous avions affaire à un utérus retourné.

En introduisant le doigt dans le vagin en suivant la tumeur, on sentait un espace vide limité par deux cordons latéraux formant un V. Ce signe, joint à la comparaison du pédicule de l'utérus hernié plus petit que la partie terminale, permit de juger que l'utérus était entièrement renversé.

Ce diagnostic posé, restait à mesurer la longueur de cet utérus qui semblait fortement hypertrophié. En appliquant un doigt au point où l'on sentait un vide au-dessus de l'utérus et, en prenant une mesure de ce point jusqu'au bout libre de la tumeur, on trouvait 13 centimètres (notez que la femme était vierge, l'hymen a été examiné, il était distendu mais intact et avait la forme d'une grande valvule).

Au-dessous, l'utérus commençait à se couper sur la fourchette et l'hymen, il y avait une fente à loger le petit doigt, mais elle était peu profonde.

L'utérus renversé causait peu de douleurs spontanées, mais la malade ne pouvait pas s'asseoir. Cependant la pression sur l'utérus était douloureuse. Pendant cette exploration, nous avons constaté les battements des deux artères dont le volume pouvait être comparé à celui de la tibiale postérieure. Elles étaient situées de chaque côté.

L'état général de la malade n'était pas bon : épuisée par des pertes blanches incessantes, la malade avait la langue sèche et une diarrhée continuelle; elle urinait en outre fréquemment et, comme elle ne pouvait garantir son utérus, à chaque miction l'utérus inversé était baigné d'urine.

Mon premier soin fut de chercher à réduire l'utérus dans le vagin. Cela a été impossible. Le tiers de la tumeur restait dehors, malgré des pressions que la malade supportait avec peine. Si j'avais pu réduire l'utérus, j'aurais permis à la malade de vivre avec une ceinture à pelote périnéale. Cela étant impossible, je dus songer à autre chose.

Je ne me dissimulai pas la gravité de l'ablation d'un utérus hypertrophié, ulcéré, car il n'y avait plus de muqueuse utérine; c'était le

muscle utérin à nu qui se détruisait par un travail ulcératif. Il ne fallait pas songer à enlever la tumeur dans le vagin au-dessus de l'utérus, on aurait ouvert largement le péritoine. Il fallait couper au niveau de l'union du col avec le corps, dans le point qui devait être le plus étroit. C'est cette opération que je décidai. Mais, à ce moment, il y avait des fièvres puerpérales dans le quartier; il y en avait eu quelques-unes même à la Maternité de Cochin. Par prudence, j'attendis; mais la malade dépérissait; son appétit était nul; elle ne prenait que du bouillon et du lait; la diarrhée persistait toujours; la langue était sèche, et la moyenne de la température de la malade était 38°. La malade ne quittait plus le lit, et c'est elle qui réclama alors une opération dont je ne lui dissimulai pas les dangers.

Enfin, le 13 mai, je me décidai. J'appliquai sur l'utérus un clamp que je serrai avec du caoutchouc de toutes mes forces. Je voulais unir les effets du clamp à ceux du caoutchouc. Les deux artères volumineuses que j'avais senties commandaient cette précaution; j'endormis la malade pour appliquer le clamp et je lui évitai ainsi les plus vives douleurs. Cependant, à son réveil, elle souffrit, et les douleurs durèrent jusqu'à 3 heures. La malade est pansée avec des compresses imbibées d'eau de fleurs de sureau, renouvelées toutes les 2 heures.

Le soir, 38°,8, opium 0gr,25. Chocolat, régurgitations.

Le lendemain, 37°,8; un peu de ballonnement du ventre, mais des gaz et des selles liquides sont rendues. Bouillon, lait. Le soir 39°,8.

Le 15 au matin, assez bien, bouillons, 38°.

Le soir, 38°,6, diarrhée, lavement, avec 20 gouttes de laudanum.

Le 16, le bouillon a été rendu, 38°.

Le soir, 41°,6; la malade n'a rien pris, le facies est un peu grippé. Immédiatement après le pansement, frisson de une demi-heure, sulfate de quinine 1 gramme, opium 0,05. Dans la journée, deux autres frissons, de vingt minutes chaque.

Le 17, délire, encore des frissons de dix minutes. La nuit, à 8 heures, un nouveau frisson de vingt minutes; température, 38°; le soir, paralysie faciale à droite, 38°,8.

Le 18, coma, 41°. Mort à 8 heures du soir.

L'autopsie n'a pu être faite, de sorte que nous n'avons pu trouver la cause de la paralysie faciale droite; mais j'ai pu obtenir d'enlever l'utérus par le vagin. Après l'avoir enlevé, j'ai attiré les anses intestinales au dehors, et j'ai pu m'assurer que les intestins étaient absolument sains et qu'il n'y avait pas l'ombre de péritonite.

L'utérus seul était malade. Il y avait du pus dans les sinus utérins et les lymphatiques de cet organe. La malade était morte d'infection puerpérale, comme les femmes en couches, en cinq jours, à la suite de lésions suppuratives des vaisseaux de l'utérus.

On peut voir sur la pièce que l'utérus, en cinq jours, n'était pas encore coupé. Sur la pièce fraîche il y avait des adhérences ré-

centes, qui unissaient la surface péritonéale de l'utérus renversé, et ces adhérences avaient une étendue de 1 centimètre en hauteur. Le ligament rond, le ligament de l'ovaire et la trompe utérine de chaque côté, étaient réunis entre eux par des adhérences anciennes.

On peut encore voir sur la pièce que la trompe descendait jusqu'au fond du cul-de-sac formé par l'utérus renversé. C'est là une différence très marquée avec les renversements du fond de l'utérus, suite de couches, que l'on a enlevés et où l'on ne trouve pas les deux trompes. C'est le fond de l'utérus distendu seul que l'on enlève, ou une corne seulement.

Sur cette pièce, il est facile de voir le degré d'hypertrophie de l'utérus : l'organe a près de 2 centimètres d'épaisseur à son fond. (Pour que la pièce ne fût pas perdue, j'avais sectionné en avant du clamp le fond de l'utérus, aussitôt que la constriction m'avait paru suffisante ; c'est 48 heures après l'application du clamp que j'ai fait cette section, et je dois dire que le malade n'a rien senti et qu'il n'a pas coulé une goutte de sang.)

Les deux ovaires contenaient de petits kystes gros comme des amandes de noisette.

De ce fait, absolument rare, je concluerai qu'il s'agissait d'un renversement de l'utérus par un polype implanté sur le fond de l'organe, là ou l'on voyait une cicatrice; que si l'état de la malade lui avait permis de se faire soigner, on aurait pu extraire le polype et réduire l'utérus; que l'opération, que j'ai pratiquée, n'eût pu être suivie de succès que quand l'utérus n'était pas entièrement renversé et pouvait rester encore dans le vagin.

J'ai tenu à produire ce fait pour éclairer plus tard d'autres chirurgiens, qui se trouveront en présence d'un fait semblable, car, je dois le dire, j'ai cherché dans le mémoire de Baudelocque, dans les traités de gynécologie les plus complets, et je n'ai trouvé aucun détail sur les faits signalés brièvement d'après des on dit. Le moule que j'ai fait faire va aller au musée Dupuytren, dont le catalogue renverra à l'observation de nos bulletins.

M. Lucas-Championnière. J'ai assisté M. Périer dans ses deux opérations et je dois appuyer ce qu'il a dit relativement à l'irréductibilité de l'utérus. Non seulement nous n'avons pas pu réduire, mais encore, à aucun moment, il n'y a eu un semblant quelconque de réduction. Insister pour chercher à réduire par le procédé du ballon n'aurait fait qu'aggraver l'état des malades.

J'ai entendu dire à M. Guéniot que la ligature élastique coupe sans mortifier les tissus. Je ne partage pas cette opinion. Le fil élastique mortifie les tissus, seulement la mortification est très limitée, et n'a lieu que dans les points de la constriction.

Quoi qu'il en soit, j'ai été frappé de la simplicité et de la facilité des opérations de M. Périer, car la résection de l'utérus est une opération très grave. Les opérations avec l'écrasement linéaire ont donné des résultats déplorables. La malade de M. Desprès est morte, comme cela arrive dans ces cas, de péritonite et d'infection purulente ; mais il n'y a rien là de comparable à une fièvre puerpérale.

M. Trélat. Je ne comprends pas pourquoi, dans les opérations de M. Périer, la section s'est faite à un centimètre au-dessus du fil. L'explication donnée par M. Le Fort ne me satisfait pas, et il y a là une inconnue qu'il faut dégager. Je suis surpris du mode d'action de la ligature demi-élastique imaginée par M. Périer ; car les ligatures élastiques coupent les parties au point où elles étreignent. Il me semble qu'au lieu d'un fil de soie on pourrait aussi bien se servir d'un fil de caoutchouc que l'on attacherait sur l'anneau élastique. On obtiendrait alors l'action ordinaire des ligatures élastiques.

Il est difficile de se prononcer sur la cause de la mort chez la malade de M. Desprès. Je ne pense pas que ce soit la présence des deux trompes qui a fait la gravité de l'opération. L'utérus inversé formait une tumeur très volumineuse, autrement volumineuse que les tumeurs extraites par M. Périer ; or, dans ces cas, le danger est proportionnel à la base du cylindre que l'on sectionne. Enfin je remarque que la malade de M. Desprès avait beaucoup attendu avant de demander des conseils, qu'elle se trouvait dans des conditions physiques et morales très mauvaises ; qu'elle était très affaiblie, avec de la diarrhée et des ulcérations à la surface de l'utérus. Tout cela devait rendre l'intervention chirurgicale très dangereuse. Pour moi, elle avait une phlébite utérine avant l'opération, et la mort si prompte après l'opération me donne à penser que c'était l'état antérieur de la malade, qui a été la véritable cause du dénouement funeste.

M. Desprès. Ce qui m'a le plus embarrassé pour le choix du meilleur procédé opératoire chez ma malade, c'est la présence de deux artères volumineuses sur les côtés de la tumeur. Je redoutai une hémorragie. C'est pour éviter cet accident, que j'ai employé le clamp de préférence à la ligature élastique. Je n'ai fait, d'ailleurs, cette opération qu'à mon corps défendant.

J'ai trouvé du pus dans les tissus utérins ; c'est là une cause suffisante pour expliquer la mort.

La raison pour laquelle la section s'est faite au-dessus du fil, dans les cas de M. Périer, est due à ce que le fil a glissé.

M. Périer. Je répondrai à M. Guéniot que c'est parce que

MM. Chauvel et Hue avaient essayé de réduire par le ballon de caoutchouc sans succès, que je ne l'ai pas employé. De plus, je savais que le ballon avait déterminé, dans des cas semblables, des péritonites mortelles.

Quant à la ligature élastique, elle agit par mortification beaucoup plus que par section. Je crois pouvoir expliquer la mortification au-dessus du fil, dans mes opérations, par la force de la constriction de ce fil, qui détermine l'oblitération des vaisseaux au-dessus du point lié. Il en résulte que les parties, où il n'y a plus de circulation, tombent en gangrène, et c'est là la cause de la séparation au-dessus de la ligature.

J'emploie un fil de soie, parce qu'un fil de caoutchouc n'est pas aussi facile à serrer et à appliquer. Mon procédé n'est pas comparable aux anciennes ligatures avec un fil inextensible, parce que j'agis sur le fil de soie avec un anneau élastique.

Présentation de malades.

Goître suffocant. — Trachéotomie. — Fixation du goître aux aponévroses du cou, difficulté pour enlever la canule à cause de la suffocation persistante,

par M. Terrillon.

Le jeune B..., âgé de 17 ans, fut amené à l'hôpital de la Pitié dans le service de M. le professeur Verneuil que je suppléais pendant les vacances, le matin du 1er septembre, en proie à un violent accès de suffocation, survenu dans les circonstances suivantes : ce garçon, depuis un temps qu'il ne sait déterminer, portait, au-devant du cou, un goître peu volumineux, il est vrai, mais disposé d'une façon toute spéciale: à la partie inférieure du cou, derrière la partie inférieure des sterno-mastoïdiens. Les deux lobes du corps thyroïde semblaient également hypertrophiés. Jusqu'alors, ce goître ne l'avait pas gêné; il sentait bien son cou volumineux ; c'était tout. Toutefois, il avait à ce sujet consulté un médecin, qui lui avait donné de l'iodure de potassium, mais cela sans grand résultat.

Ce goître ne donnait donc aucun signe, lorsque, l'avant-veille, ce jeune garçon se rendit à la fête du voisinage, où il fit de copieuses libations. Rentré chez lui, la nuit fut assez calme ; mais, dès le lendemain soir, 24 heures environ après ces excès, il fut pris brusquement de phénomènes de suffocation qui, croissant rapidement, l'ont amené, dans l'espace d'une nuit, à l'état d'asphyxie presque complète constatée à son arrivée à l'hôpital.

A six heures du matin, le malade est sans connaissance, couché en opisthotonos. Il fait encore quelques efforts d'inspiration ; mais c'est à peine s'il arrive jusqu'aux poumons quelques centimètres cubes d'air. L'expiration est tout aussi gênée que l'inspiration. Le tirage est énorme,

comme on en peut juger par la dépression cervicale et abdominale qui accompagne chaque mouvement respiratoire. En un mot l'asphyxie est presque complète, comme à l'entrée.

Il s'agit évidemment là d'une compression de la trachée qu'il est facile, en raison du volume et de la forme du cou, de rattacher à un goître dont la disposition offre quelque chose de spécial. C'est un goître aplati, fortement accolé, par les aponévroses et les muscles superficiels, aux parties profondes de la région. Les deux lobes sont peu augmentés de volume, mais paraissent descendre profondément derrière le sternum.

La trachéotomie immédiate paraissant nettement indiquée par la gravité des symptômes, je sectionne, au thermo-cautère, la peau et les plans superficiels du cou, jusqu'au voisinage du sternum. A peine l'aponévrose cervicale moyenne est-elle débridée, qu'une partie du corps thyroïde vient faire saillie au dehors, comme pour échapper à la compression qu'elle subissait. Après avoir écarté avec soin cette partie herniée, j'aperçois, au-dessous, l'intersection celluleuse qui sépare les deux lobes de cet organe ; ceux-ci sont décollés facilement avec les doigts, et la trachée est mise à nu. Il n'y eut pas une goutte de sang pendant toute cette partie de l'opération.

La trachée est alors ponctionnée au bistouri, j'en sectionne trois anneaux, et la canule est rapidement introduite.

A ce moment, l'opéré qui s'était à peu près maintenu jusque là, cesse totalement de respirer, et malgré l'ouverture de la trachée, aucun sifflement, indiquant la pénétration de l'air, ne se fait entendre ; pas d'accès de toux. La respiration artificielle est aussitôt pratiquée, en même temps que la flagellation épigastrique; et l'on peut bientôt constater que le pouls, qui avait complètement disparu, bat de nouveau et que la respiration déjà éteinte, reprend faiblement.

Les premiers accidents sont donc écartés.

Pendant la journée qui suivit, le malade est, durant quelques heures, resté plongé dans une sorte de torpeur demi-asphyxique, la respiration fort irrégulière, se suspendant quelques instants après chaque mouvement respiratoire ; puis elle a peu à peu repris sa régularité et dans la soirée, le malade s'est endormi.

2 *septembre*. Le lendemain matin, on constate une légère bronchite; des mucosités épaisses obstruent les bronches, et sont difficilement expulsées au dehors à travers la canule ; aussi la respiration est-elle fort gênée. Toutefois la dyspnée reconnaît aussi une autre cause. En effet, le malade dit que, s'il n'appuie pas fortement sur la canule, s'il ne l'enfonce pas suffisamment, il ne respire qu'avec peine. Il est donc probable que la compression s'exerce fort bas sur la trachée ; ce qui expliquerait ce fait que la respiration est plus facile lorsque, fortement enfoncée, la canule atteint ou dépasse le point le plus comprimé du conduit aérien.

Les jours suivants, la respiration est devenue plus facile; il n'y a plus d'inquiétude de ce côté.

Les mouvements de déglutition sont légèrement douloureux, et le

malade, en toussant, rend quelques gouttes de pus mélangé de sang. La canule ulcère manifestement la paroi de la trachée. On fait fabriquer au plus vite une canule à extrémité mobile et plus recourbée, pour parer aux éventualités de perforation consécutive du côté des organes voisins.

Cependant, vers le 10 septembre, les choses semblent s'être modifiées. La trachée supporte bien le corps étranger ; il n'est plus indiqué de changer la canule primitive dont le diamètre, relativement faible, laisse passer, entre les parois de celle-ci et les parois de la trachée, une certaine quantité d'air. Aussi le malade peut-il, grâce à ce courant d'air suffisant pour ébranler les cordes vocales, parler avec assez de facilité lorsqu'il prend la précaution de boucher avec son doigt l'orifice extérieur.

Le 20 *septembre*, on essaie de débarrasser le malade de sa canule. Mais à peine celle-ci enlevée, la respiration s'accélère, les muscles du cou deviennent saillants, les lobes du corps thyroïde s'enfoncent manifestement derrière la partie supérieure du sternum, et finalement la respiration s'arrête presque complètement. Le visage devient rapidement anxieux, puis violacé. Ces phénomènes durent quelques secondes, et l'on n'a que le temps de replacer la canule. Aussitôt la respiration se rétablit, et tous les phénomènes inquiétants cessent rapidement.

Le 1er *octobre*. Nouvelle tentative ; mêmes résultats. Il devient manifeste que le corps thyroïde hypertrophié, placé immédiatement à la base du cou, s'enfonce derrière le sternum à chaque inspiration et comprime ainsi rapidement la trachée. Une intervention chirurgicale destinée à empêcher le corps thyroïde de produire la compression de la trachée, paraît nécessaire pour éviter de laisser indéfiniment la canule trachéale.

Après quelques hésitations sur la méthode à employer, extirpation complète ou fixation, je me décide à fixer autant que possible le corps thyroïde aux aponévroses et aux muscles du cou, la première méthode paraissant très difficile et surtout très dangereuse.

Le 15 *octobre*, on pratique l'opération. Au moyen d'un petit trocart courbe, construit par Mathieu, la partie gauche du corps thyroïde est embrochée transversalement en commençant par le côté externe et faisant ressortir l'instrument sur la ligne médiane. Le trocart retiré, la canule est fixée. On a eu soin, dès le début de l'opération, de relever autant que possible le corps thyroïde avec la main.

Douleur peu vive ; il y eut un peu de sang après l'opération.

Le 22 octobre. Quelques phénomènes inflammatoires légers, qui s'étaient montrés dans les trois premiers jours, ont disparu. La présence du corps étranger est assez bien supportée ; la déglutition seule est quelque peu gênée.

Le 5 novembre. Vingtième jour après l'opération, la canule du petit trocart est retirée, et quelques jours après, le trajet est cicatrisé.

Le 20 novembre. La même opération est pratiquée du côté droit. Le même procédé est employé ; pas de phénomènes particuliers à signaler.

L'inflammation de voisinage a été un peu plus marquée que dans la première opération; elle tend cependant à disparaître rapidement après quelques jours.

Les adhérences paraissent complètes après quinze jours. Aussi, quand le trajet est cicatrisé, on essaie d'enlever la canule. La respiration est d'abord normale et suffisante pendant plusieurs minutes; au bout de ce temps, le malade sent la quantité d'air devenir insuffisante; la respiration s'embarrasse. La canule est replacée. On a toutefois pu remarquer que le corps thyroïde est suffisamment fixé et ne paraît pas descendre du côté de la poitrine, commo dans les tentatives précédentes.

Aussi, ne sachant comment expliquer cette compression de la trachée autrement que par le ramollissement des anneaux de celle-ci, tels que Roser l'a signalé, ramollissement qui permet un aplatissement facile de la trachée, je me décide à attendre plus longtemps avant de faire une nouvelle tentative.

Le malade sort de l'hôpital, très amélioré et portant toujours sa canule, le 25 décembre 1879.

Le malade a pu reprendre ses occupations habituelles, malgré la présence de sa canule.

Le 1er juin 1880, je fis une nouvelle tentative, ayant pour but d'enlever cette canule ; mais la respiration devint bientôt difficile ; il fallut replacer l'instrument.

Il m'a semblé utile de publier cette observation ; car elle présente plusieurs points intéressants sur lesquels je désire appeler l'attention. Je n'insisterai pas longtemps sur le mode de début des accidents, qui a cependant présenté ce caractère curieux de n'avoir été précédé par aucun symptôme qui pût inquiéter le malade ou sa famille. Cependant, comme ce n'est pas un fait très fréquent, je crois qu'il est bon de rappeler que la suffocation et l'asphyxie, qui lui succède rapidement, ont été notées dans un certain nombre de cas, et ont pu entraîner la mort avant que le chirurgien ait eu le temps d'intervenir. Il suffit, du reste, de lire l'observation précédente, pour voir que le malade a été opéré à la dernière limite.

Le point qui mérite le plus d'être discuté, est certainement la difficulté ou même l'impossibilité que l'on éprouve à débarrasser ce malade de la canule, qui lui permet de respirer. On ne peut accuser dans ce cas; ni le volume du corps thyroïde, puisque, malgré son hypertrophie notable, il ne présente pas un volume trop exagéré ; ni sa position, puisqu'il semble être placé au-dessus de la cage thoracique, ce qui le met dans l'impossibilité de comprimer la trachée par sa seule situation.

On pourrait se demander s'il ne s'agit pas encore ici de la production momentanée du phénomène qui a provoqué les accidents, c'est-à-dire, la descente de la glande thyroïde derrière le sternum,

sous l'influence des mouvements inspiratoires. Nous savons, en effet, que telle était la cause de la suffocation qui survenait, lorsque la canule était enlevée quelques jours après l'opération. Mais depuis que la glande thyroïde hypertrophiée est fixée par des adhérences aux aponévoses du cou, ce phénomène ne peut plus se produire et nous en avons eu la preuve évidente dans les dernières tentatives que nous avons faites pour remplacer la canule. Après quelques minutes, la respiration devenait difficile; l'air pénétrait péniblement par la trachée; mais on ne voyait aucunement la glande thyroïde s'enfoncer derrière le sternum, ni les parties molles du cou entraînées vers le thorax.

Il ne nous reste donc qu'une seule hypothèse capable de rendre compte de cette impossibilité de la respiration sans canule trachéale; c'est d'admettre que nous avons affaire ici à une de ces lésions spéciales, signalées par Roser, sous le nom de ramollissement des anneaux de la trachée. Cet auteur a prouvé, en effet, par des examens anatomiques et par des observations cliniques que, dans des cas analogues, les anneaux de la trachée se laissent affaisser avec la plus grande facilité, sous l'influence de la pression atmosphérique, au moment de l'inspiration; il a montré que c'était là une cause fréquente de la difficulté que l'on éprouvait à débarrasser les malades de leur canule trachéale. Enfin, il a fait voir par des faits cliniques fort curieux, que la présence permanente d'une canule d'une longueur souvent considérable était le meilleur moyen à opposer à ce ramollissement. Ce serait là, suivant lui, un véritable traitement orthopédique de la trachée.

En présence de l'hypothèse que j'ai admise et des faits signalés par Roser, je suivrai donc la pratique de ce chirurgien et, laissant la canule à demeure, je me contenterai de faire de temps à autre des tentatives d'ablation, afin de juger de l'amélioration de son état et de pouvoir délivrer le malade en temps opportun.

Il serait seulement utile de discuter s'il est préférable de faire porter à ce jeune homme une canule munie au niveau de la partie convexe et supérieure, d'un orifice permettant le passage de l'air par le larynx et la fermeture de l'orifice extérieur. Il est probable que je me déciderai, si cet état se prolonge, à essayer l'emploi d'une semblable canule, déjà employée souvent dans des cas analogues.

Présentation de malade

par M. Guéniot.

Tumeurs symétriques des globes oculaires chez un enfant de 2 ans.

Comme la lésion dont ce petit malade est affecté me semble très rare, j'ai tenu à consulter mes collègues sur sa vraie nature,

ainsi que sur le traitement qu'elle pourrait réclamer. Voici en quoi elle consiste :

Deux petites tumeurs aplaties, lenticulaires, d'un aspect blanc nacré comme la sclérotique et chagrinées, sur leur partie centrale, à la manière d'un bouton de vaccine, se remarquent, l'une au côté externe de la cornée droite, et l'autre, sur un point similaire de la cornée gauche. La première, du volume d'un petit pois aplati, siège à la fois sur la cornée et sur la sclérotique, immédiatement au-dessous du diamètre transversal de la cornée. La seconde, plus petite, correspond exactement à ce même diamètre et recouvre aussi la sclérotique et la cornée, dans l'étendue d'environ deux millimètres et demi (un millimètre et demi sur la sclérotique, et un millimètre sur la cornée). Leur consistance est molle ; leur adhérence aux tuniques oculaires paraît intime. Il n'existe autour d'elles aucune trace de vascularisation. Les cornées, dans leur portion non envahie, sont tout à fait limpides, et les fonctions oculaires bien conservées. La conjonctive bulbaire n'offre aucune altération, ni à droite, ni à gauche. Les petites tumeurs se détachent des parties voisines comme deux gouttelettes de cire blanche qui seraient tombées à la jonction de la cornée avec la sclérotique.

L'enfant paraît jouir d'une bonne santé générale et présente un développement bien proportionné à son âge.

M. Polaillon. A mon avis, les taches blanches qui occupent une partie des cornées de l'enfant présenté par M. Guéniot, ne sont pas des tumeurs dites graisseuses, des *pinguecula*. Je remarque qu'elles sont symétriques et qu'elles existent depuis la naissance. Ces deux circonstances me font penser qu'il s'agit là d'un trouble dans la formation des yeux. Ceux-ci se développent, comme on le sait, autour d'une *fente*. La trace de la *fente oculaire* sur la face antérieure de la cornée disparaît de très bonne heure pendant la vie embryonnaire. Aussi n'observe-t-on que très rarement, chez le fœtus et le nouveau-né, les cornées partiellement opaques. Cependant on en a signalé quelques exemples. Tantôt c'est une simple tache; tantôt un lambeau de peau, contenant quelquefois des poils. Dans un cas, que j'ai communiqué à la Société (le 28 janvier 1874), deux brides cutanées partaient du centre des cornées et se rendaient à l'angle interne des paupières. Dans un autre cas, j'ai vu ces taches congénitales symétriques coïncider avec un coloboma de l'iris. Il ne me paraît pas douteux que ces vices de conformation ne doivent être rattachés à la persistance de la fente blastodermique de l'œil.

M. Desprès a vu une fois, sur les yeux d'un enfant, des taches analogues qui coïncidaient avec un coloboma de l'iris. Il dit que la

lésion est toujours symétrique, et il pense, comme M. Polaillon, qu'il s'agit d'un vice de conformation.

Présentation d'instruments.

M. Terrillon présente deux nouveaux instruments de chirurgie oculaire :

Le premier est une *pince à double fixation*, du Dr Abadie.

Le second, un *sclérotome*, du Dr Parenteau, chef de clinique du Dr Abadie.

Pince à double fixation. — Tous les praticiens ont eu souvent l'occasion de reconnaître que les moyens de fixation de l'œil pendant les opérations, sont encore défectueux; le problème, il est vrai, est assez difficile à résoudre, car il s'agit de maintenir le globe oculaire, sans lui faire subir des pressions trop fortes et sans avoir recours à des appareils trop encombrants.

La pince à fixation, qui ne s'applique que sur un seul point, a l'inconvénient sérieux de permettre des mouvements de rotation, parfois très gênants, pour l'introduction du couteau dans la chambre antérieure. Le malade est-il indocile, il peut, malgré la pince, au moment où on pratique l'iridectomie, exercer involontairement des tiraillements sur l'iris, et provoquer ainsi des hémorrhagies dont les conséquences sont toujours fâcheuses. Enfin, quand il s'agit d'établir une pupille optique, les mouvements désordonnés du globe oculaire enlèvent toute précision à l'excision de l'iris.

Plusieurs chirurgiens, frappés de ces inconvénients, ont cherché à inventer des appareils contentifs, plus efficaces que la pince à fixation ordinaire. M. Monoyer a imaginé une pince à double armature qui peut fixer l'œil en deux points différents. L'idée est excellente; malheureusement, l'instrument de M. Monoyer est encore défectueux, parce que l'écartement des deux branches est fixe; or, comme la conformation et les dimensions du globe oculaire sont loin d'être toujours les mêmes, il en résulte que cette pince ne peut pas toujours être appliquée au gré de l'opérateur.

C'est pour remédier à cette petite imperfection, que j'ai eu l'idée de faire construire par MM. Mathieu une pince à double fixation et à branches mobiles.

Elle se compose simplement de deux pinces à fixation ordinaires réunies à leurs extrémités, par une articulation de compas.

Je ne m'étendrai pas sur le maniement de cet instrument; il en est de celui-ci comme de tous les autres en chirurgie ; il faut ap-

prendre à s'en servir. Au début, je le trouvais moins commode que la pince ordinaire, à laquelle j'étais habitué, et je n'en faisais usage que pour les paracentèses et les iridectomies.

Aujourd'hui, je m'en sers dans presque tous les cas, et ses avantages me paraissent réels.

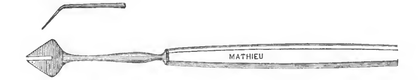
Sclérotome. — Dans la *sclérotomie*, quel que soit le procédé qu'on emploie, il y a toujours quelque écueil à éviter.

Opère-t-on, comme M. Quaglino, même avec la modification proposée par M. Martin, de Cognac, il est à craindre que l'iris propulsé s'engage dans la plaie et ne puisse être réduit. Se sert-on du petit couteau de Graëfe, comme le recommande M. de Wecker, il est assez difficile de bien ménager le petit pont de tissu sclérotical, qui doit s'opposer à la hernie de l'iris.

Je me suis servi, dans ces derniers temps, d'un sclérotome imaginé par le Dr Parenteau, mon chef de clinique, et fabriqué par MM. Mathieu fils.

Cet instrument me paraît appelé à faire disparaître les inconvénients que je viens de signaler.

Ce n'est autre chose qu'un large couteau lancéolaire dont la lame est divisée en deux parties, par une échancrure médiane, d'un millimètre de largeur. En enfonçant ce couteau dans la chambre an-



térieure, la rainure permet de ménager avec beaucoup de précision un petit pont de tissu sclérotical, qui s'oppose à la hernie de l'iris.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Mémoire.

Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive,

par M. le Dr Aguilhon de Sarran.

Messieurs,

Les observations que j'ai l'honneur de vous présenter, se rapportent à un mode de traitement nouveau d'une maladie réputée, jusqu'à ce jour, comme incurable dans la grande majorité des cas. Je veux parler de l'affection désignée autrefois sous les noms de *pyorrhée alvéolaire*, *suppuration des alvéoles*, *gingivite expulsive*, etc.

Mon intention n'est point de décrire les symptômes et la marche de la maladie; vous les connaissez. Ils ont été étudiés à diverses reprises, autrefois par Jourdain, Touchard, Oudet; plus récemment par Marchal de Calvi, MM. Magitot et Desprès.

Je me bornerai à une courte discussion de la nature des lésions. Le traitement, au moyen duquel je suis arrivé à les combattre, n'est, en effet, que le corollaire de recherches récentes sur la membrane dite *périoste alvéolo-dentaire* et ses altérations morbides.

Les dénominations anciennes rappellent simplement un symptôme principal et ne peuvent guère être critiquées, si ce n'est à cause de leur insuffisance à fixer l'esprit sur la nature des lésions anatomiques. Aussi M. Magitot a-t-il cherché à combler cette lacune en adoptant le terme d'*ostéo-périostite-alvéolo-dentaire*. Il me semble, toutefois, que cette définition n'est pas tout à fait exacte, pour les raisons suivantes :

En premier lieu, il n'y a aucun symptôme bien évident d'*ostéite*. Le bord alvéolaire se résorbe, il est vrai, et disparaît par suppuration; mais ce phénomène se produit lentement; on n'observe point de nécrose, de séquestre consécutif, ni de fistule éloignée. Il ne diffère pas de ce que l'on observe, lorsqu'un os est découvert au fond d'une plaie : une petite portion de la surface s'élimine et fait place à la cicatrice.

D'autre part, aucun observateur n'a signalé dans la gingivite expulsive les symptômes aigus et inflammatoires de la périostite. La marche est lente, progressive, accentuée par des poussées du côté de la gencive, assez éloignées les unes des autres.

Mais la vraie raison, qui doit exclure toute idée de périostite, est que la membrane alvéolo-dentaire n'est pas un périoste.

Cette membrane, peu étudiée à l'état adulte, n'est autre chose que l'enveloppe du follicule, d'après MM. Robin, Legros et Magitot. Située entre deux surfaces osseuses, elle doit sans doute à

ses rapports le nom de périoste qu'on lui donne généralement. Cependant un examen plus attentif fait reconnaître qu'elle est formée de tissus fibreux, et qu'elle appartient au système ligamenteux.

L'anatomie pathologique de la gingivite expulsive découle tout naturellement de cette disposition. Aussi, pour la rendre intelligible, il est indispensable de donner quelques conclusions à ce sujet, réservant les détails pour un travail ultérieur.

L'anatomie comparée de la dent démontre qu'elle est identique chez tous les animaux, au point de vue de la structure de ses tissus. Mais sa forme, ses rapports et ses fonctions présentent une foule de variétés.

Chez un grand nombre d'animaux, la dent n'a point de racines ; elle est incluse dans la muqueuse buccale ou dans la peau, sans affecter aucun rapport direct avec le squelette. Quels sont, dans ces cas particuliers, les moyens d'attache qui la fixent à l'animal, toujours avec une grande solidité ?

Je prends, comme exemple, le système dentaire de la *raie* commune, ou mieux du *travan* (raja batis), qui est gros et facile à observer.

Sur une coupe verticale de la mâchoire, on voit successivement, du centre à la circonférence :

1° Le maxillaire cartilagineux ;

2° Un gros faisceau fibreux, aussi épais que le maxillaire lui-même ; il recouvre tout le tiers de sa surface, du côté de la cavité buccale ; la partie opposée de l'os est munie d'un vrai périoste très facile à distinguer ;

3° Le tissu conjonctif sous-muqueux ;

4° Au milieu de ce dernier tissu, la base des dents ;

5° Enfin la muqueuse et la couronne des dents, en forme de losange aplati, composées d'une pulpe, de dentine et d'une plaque d'émail.

Les dents sont aplaties, contiguës, disposées comme un pavé. Leur forme est losangique. Elles sont mobiles autour de leur axe transveral.

Sur les coupes, qui se rapprochent des parties latérales des dents, on voit se détacher du gros faisceau fibreux sous-maxillaire de véritables petits ligaments qui viennent s'insérer aux extrémités transversales du losange dentaire, et ce n'est qu'au niveau de ces insertions que l'on peut apercevoir une mince lamelle de tissu ostéoïde analogue au cément. Tout le reste de la dent est formé simplement d'ivoire, directement en rapport avec le tissu conjonctif et la muqueuse.

Il résulte de cette disposition que la dent est fixée de chaque

côté par un vrai ligament, et qu'elle peut se mouvoir en opérant un mouvement de bascule très prononcé, surtout lorsque l'effort vient de la cavité buccale. Ainsi, le doigt pris entre les deux mâchoires et qu'on essaie de retirer, redresse lui-même les dents et se trouve ainsi retenu. Ce mécanisme est parfaitement en rapport avec le genre de nourriture de ces animaux. Ils sont omnivores : on trouve dans leur estomac des végétaux broyés, des coquillages brisés, écrasés au moyen de ces dents plates, reposant elles-mêmes sur un coussin fibreux, enfin des poissons, dont les efforts pour fuir sont devenus inutiles par suite du redressement des dents, qu'ils ont provoqué eux-mêmes. Ce sont des dents articulées, à mouvement assez limité, mais analogues à celles du *lophius piscatorius*, *de la morue* et autres, si bien décrites par Ch. Tomes, et qui sont beaucoup plus mobiles.

Il résulte de cette première observation que ces dents n'ont point de périoste, mais sont fixées au maxillaire par l'intermédiaire d'un faisceau fibreux, qui est un véritable ligament. Un autre fait, important à noter, est qu'il n'existe du cément qu'au niveau des points d'attache des ligaments à l'ivoire.

En suivant l'échelle animale, on trouve toutes les variétés d'attache des dents au maxillaire, jusqu'au moment où des racines sont complètement incluses dans cet os; mais ici encore, il n'y a de différence que dans la forme. On arrive, par la pensée, à se figurer le maxillaire de l'homme recouvert de la même bande fibreuse que celui de la raie. Au lieu d'être plat et uni, il est festonné, creusé d'alvéoles ; c'est toute la différence. Ceci n'est pas une conception hypothétique; car si l'on observe, comme je l'ai fait souvent, une mâchoire privée de dents, dont les alvéoles ont disparu depuis longtemps, on la trouve formée tout simplement d'un arc osseux recouvert d'une bande fibreuse et de la muqueuse dont l'ensemble forme la gencive.

Un autre poisson, le *spinax*, possède des dents cutanées très grosses, situées sur le dos, au nombre des deux à trois. Leur partie inférieure, taillée en forme d'encoche, repose directement sur un gros ligament, de même qu'une flèche sur la corde d'un arc. Ce ligament s'étend de la tête à la queue ; il est blanc et nacré, et si régulièrement cylindrique qu'au premier abord on le prendrait pour un gros nerf.

Enfin, les dents de l'homme ne sont pas tout à fait immobiles ; les causes les plus minimes suffisent à les déplacer, et elles reprennent d'elles-mêmes leur position normale.

L'étude histologique de la membrane alvéolaire n'est pas moins intéressante. Ses éléments sont ceux du tissu conjonctif, fibres, éléments fibro-plastiques, etc. Mais sa texture lui assigne évidem-

ment une place parmi les organes formés du tissu fibreux. Les travaux de notre savant maître, le professeur Robin, ont jeté une vive lumière sur les caractères qui différencient le tissu lamineux ou cellulaire et le tissu fibreux. D'un côté, nous voyons les faisceaux de fibres disposés en nappes, entrecroisés entre eux, entourés de fibres élastiques en spirales; au milieu d'eux, entrecroisés dans tous les sens, se trouvent des capillaires, des lymphatique, des nerfs. D'un autre côté, dans le tissu fibreux, ces mêmes faisceaux sont cylindriques ou polyédriques, régulièrement juxtaposés. Leur coupe transversale permet de distinguer des points brillants, qui ne sont autre chose que des sections des fibres élastiques, qu'ils contiennent dans leur épaisseur. Entre ces faisceaux juxtaposés se trouve du tissu lamineux accompagné de vaisseaux. M. Sappey y a démontré la présence de filets nerveux très fins et peu abondants. Ainsi, le tissu lamineux devient partie accessoire du tissu fibreux. Ces derniers caractères se retrouvent avec quelques variétés dans les ligaments, les tendons, et aussi dans la membrane alvéolo-dentaire. Or, le périoste est classé, par M. Robin lui-même, parmi les organes formés de tissu lamineux et non parmi ceux qui, comme la membrane qui nous occupe, sont manifestement formés de tissu fibreux. De plus, sur quelque point du squelette que l'on examine le périoste, on voit que ces fibres, dont la disposition est déjà plus régulière que celle des fibres du tissu lamineux, sous-cutané ou sous-muqueux, sont toujours parallèles à la surface de l'os, et se recourbent presque à angle droit, lorsqu'elles se transforment en fibres de Sharpey. Les faisceaux de la membrane alvéolaire sont, au contraire, régulièrement et transversalement disposés entre l'os et le cément. Les fibres de Sharpey qu'elles fournit, sont la continuation, sans aucun changement de direction, des fibres molles, ainsi que cela peut très bien s'observer sur les préparations que je mets sous vos yeux.

De même que le périoste, tissu lamineux, pénètre entre les faisceaux des ligaments au niveau de leurs insertions, de même le tissu lamineux sous-muqueux de la gencive pénètre entre les faisceaux de la membrane alvéolo-dentaire, et c'est de ce point que partent les vaisseaux capillaires, qui la nourrissent.

Bien qu'elle renferme un grand nombre de vaisseaux, il est facile de voir, en étudiant avec soin les préparations que j'ai l'honneur de vous présenter, que ceux-ci ne font que la traverser comme une gaine. Partis de l'artère maxillaire, ils vont se distribuer à l'os et à la gencive. C'est un mode de protection analogue à celui du ligament rond pour les vaisseaux de la tête du fémur.

Enfin, les fonctions de cette membrane sont-elles analogues à celles du périoste? En un mot, préside-t-elle à la formation et à la

nutrition de l'os? Si l'on s'en rapporte aux travaux de MM. Robin, Legros et Magitot, il est difficile d'adopter cette manière de voir. Ces savants anatomistes ont, en effet, montré que la membrane, qui enveloppe le follicule et devient plus tard la membrane alvéolaire, ne prend adhérence à l'os qu'au moment de la formation des racines, c'est-à-dire, longtemps après que les parois osseuses des alvéoles sont formées. Mais elle se continue, chez le fœtus, avec le tissu fibreux sus-maxillaire. Cette disposition est tellement évidente, chez les ruminants et quelques autres animaux, qu'on a désigné spécialement cette expansion sous le nom de *gubernaculum dentis*.

Quant au cément, que l'on regarde comme une variété de tissu osseux, je le considère comme une ossification partielle de la membrane, analogue à l'ossification des tendons chez les poulets, les dindons, etc. Il rappelle exactement la disposition des faisceaux fibreux autour desquels se trouvent disséminés des corpuscules osseux. Ainsi s'expliquent la production des tumeurs du cément, ou les faits de cicatrisation des racines cités par MM. Richet et Delestre, à la suite de fractures.

Chez les poissons, cette disposition n'est pas différente, et c'est seulement au niveau des insertions ligamenteuses que l'on voit une mince couche de tissu ostéoïde semblable au cément.

Ainsi la racine de la dent humaine est entourée d'une véritable gaine fibreuse, ouverte à ses deux extrémités pour livrer passage d'un côté à des vaisseaux et des nerfs, de l'autre à la couronne. Au niveau du collet, ses insertions sont renforcées de bandelettes fibreuses, dont le nombre est en rapport avec celui des cônes qui composent la dent. Pour les incisives, il y en a deux; pour les grosses mollaires, il y en a quatre. C'est une loi de nombre qui semble générale, car les dents à deux cônes de la raie en ont deux, et celles du lophius ou de la morue, qui sont uniconiques, n'en ont qu'une seule.

De même qu'une grande analogie de structure et de fonctions, on trouve entre la membrane alvéolaire et les ligaments une grande analogie de vitalité, c'est-à-dire que les échanges nutritifs y sont très lents. Mais, dans le cas particulier qui nous occupe, il faut aussi tenir compte du rôle secondaire, et cependant très important, de gaine vasculaire que joue cette membrane. Il est évident que toute congestion, toute exsudation des vaisseaux, qui la traversent, doit la modifier, et la gingivite expulsive n'est autre chose qu'une de ces altérations consécutives.

La gingivite expulsive se montre à un âge assez avancé, principalement chez les diabétiques, les arthritiques, les albuminuriques; chez les femmes à l'époque de la ménopause, enfin chez tous les malades dont l'état général entraîne des troubles de la circula-

tion caractérisés par une dilatation veineuse et une tendance aux exsudations séreuses. J'ai eu plusieurs fois l'occasion d'observer des malades, chez lesquels il existait de véritables varices gingivales très visibles sous l'épithélium aminci et soulevé. Un autre malade n'avait aucune diathèse; il m'a appris qu'à plusieurs reprises sa vie avait été mise en danger par des hémorragies intestinales très abondantes.

Il est également facile de constater ce trouble circulatoire dans la gencive, au niveau des dents atteintes, et au début de chaque poussée morbide. La gencive offre une teinte rouge, bien limitée, et sans inflammation. La conséquence est un épanchement de sérum, véritable œdème qui imbibe le tissu cellulaire sous-muqueux et, par suite, le tissu fibreux gingival. Or, on sait avec quelle facilité, même après la mort, le sérum gonfle, pénètre et dissocie les éléments fibreux. Il pénètre entre les faisceaux en suivant les travées de tissu lamineux, et comme il ne s'y résorbe que lentement, les attaches des dents se trouvent détruites par une véritable macération. Les tissus frappés de mort suppurent et s'éliminent. Les dents, chancelantes et repoussées par le gonflement de la membrane alvéolaire, tendent à sortir de l'alvéole, perdent leur situation normale et s'étalent en éventail. Il se forme, entre la gencive et la dent, un véritable clapier, au fond duquel on touche le bord dénudé de l'alvéole. Celui-ci forme une sorte de crête séparant deux gouttières remplies de pus, l'une entre la dent et le maxillaire, l'autre entre cet os et la gencive. C'est à la partie externe des dents que se forme surtout cette poche purulente. Aussi n'est-il pas rare de trouver des dents complètement déchaussées en avant, tandis qu'en arrière elles sont encore adhérentes. C'est là une ressource précieuse et qui permet d'espérer la guérison dans les cas les plus avancés.

Les indications du traitement découlent tout naturellement de l'étude anatomo-pathologique. Il faut, en premier lieu, débarrasser la masse fibreuse des liquides qui la dissocient; ensuite, exciter l'action vaso-motrice, et favoriser la formation de nouveaux vaisseaux et de tissu fibreux. L'acide chromique remplit jusqu'à un certain point ces indications; il durcit et rétracte le tissu fibreux, et agit sur la muqueuse comme un révulsif puissant; aussi a-t-il donné, entre les mains de M. Magitot, d'assez bons résultats. Mais il n'agit que superficiellement, et n'est utile qu'au début de la maladie. Il ne peut d'ailleurs détruire le clapier purulent, cause principale de la durée des accidents.

Les autres modes de traitement sont tombés en désuétude. Dans la plupart des cas, on en est réduit à extraire les dents les unes après les autres; et, comme elles sont généralement indemnes de

toute altération, les malades ne s'y décident qu'après avoir souffert de longues années , ou lorsque l'estomac devient malade par suite d'une mastication insuffisante.

Après diverses tentatives infructueuses, j'ai eu recours à un mode de traitement très simple, et qui remplit à la fois les diverses indications dont j'ai parlé. Il consiste à traverser le fond du clapier par un séton de soie floche qu'on laisse en place. Il ne survient aucun accident inflammatoire. Dès le premier jour, le malade éprouve un grand bien-être. Les dents vacillantes, etalées en dehors, sont rapidement ramenées en arrière par la rétraction du tissu fibreux. Leur solidité est sensiblement augmentée dès les premières heures.

J'ai traité ainsi onze malades, et j'ai constamment obtenu la cessation de toute douleur et la consolidation des dents, consolidation proportionnée, bien entendu, au degré de destruction des alvéoles.

En ce qui concerne la suppuration, les résultats sont moins satisfaisants : elle n'a été tarie entièrement que chez deux malades, ceux dont le mal était le plus avancé.

Je désirais vous présenter une dame dont l'observation est curieuse à divers points de vue. Elle est malheureusement retenue au lit par des douleurs rhumatismales. Lorsqu'elle m'a consulté, cette dame souffrait depuis dix ans. Elle ne pouvait manger que du pain trempé. Il ne lui reste que trois molaires, mais elle a encore toutes ses incisives et trois canines. Elle a été traitée longtemps au moyen de l'acide chromique ; elle en a même appliqué si souvent que les racines, découvertes dans presque toute leur étendue, sont teintées de vert foncé Il a suffi de quelques sétons pour faire disparaître la douleur et la suppuration. Les dents sont plus solides ; mais comme leurs moyens d'attache sont très réduits, par suite de la résorption des alvéoles, elles resteront, toujours assez mobiles. L'analogie est frappante entre ces maxillaires presque plats, sans alvéoles, surmontés de dents mobiles, et les mâchoires de poisson dont je vous parlais en commençant.

Une autre malade a été guérie dans des conditions identiques.

Tous les autres se trouvaient à une période beaucoup moins avancée de la maladie. Dès les premiers jours, sans exception, la douleur a cessé et les dents se sont consolidées, mais la suppuration reparaît de temps en temps, à des intervalles très éloignés pour quelques-uns. Je crois pouvoir attribuer ce fait à deux causes : la première est que je n'ai pas laissé en place les sétons assez longtemps ; craignant quelque accident, je les ai enlevés par prudence du cinquième au huitième jour; mais il me semble qu'il n'y

Paris. — Société anonyme d'Imprimerie. — PAUL DUPONT, D^r. 61, 6-80. *Le Gérant*, G. MASSON.

a aucun inconvénient à les maintenir en place, pendant plusieurs semaines. La seconde cause est la difficulté du manuel opératoire. Il est impossible avec des aiguilles de passer à travers la paroi des alvéoles, et, par conséquent, d'atteindre la limite inférieure du clapier. Il faut trouver pour cela un instrument spécial que je n'ai pu construire encore d'une façon satisfaisante.

Un traitement général doit être prescrit suivant les cas. J'ai obtenu de bons effets du chlorure de magnésium, dont l'action sur la fibre lisse est des plus intenses, et qui produit, en outre, un effet laxatif presque toujours nécessaire. Je me propose d'essayer, dans le même but, les injections d'ergotine.

En résumé :

La membrane alvéolo-dentaire n'est pas un périoste.

Elle doit être classée parmi les organes formés de *tissus fibreux*.

Dès lors elle participe au genre de vie de ces tissus, et les échanges nutritifs y sont très lents.

La gingivite expulsive est une exsudation extra-vasculaire de liquides qui imbibent et détruisent la membrane alvéolaire.

Son traitement local consiste à traverser les tissus fibreux de sétons, qui produisent une sorte de drainage et déterminent, en même temps, une excitation propre à favoriser l'acte vaso-moteur et la formation de nouveaux tissus, vaisseaux et éléments fibreux.

Séance du 23 juin 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Lyon médical.* — Le *Bulletin médical du Nord.* — La *Revue médicale de l'Est.* — Le *Bulletin général de thérapeutique.* — Le *Montpellier médical.* — La *Tribune médicale.* — La *Gazette obstétricale.* — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger.* — Le *Bulletin de la ville de Paris;*

3° Le *British medical.* — La *Gazette médicale italienne-lom-*

barde. — Le *Journal d'Athènes.* — La *Nouvelle Gazette d'hygiène.* — L'*Index médical;*

4° M. Larrey offre à la Société, de la part de M. le Dr Crauk, la deuxième édition de la *Pratique journalière de la chirurgie*, d'Adolphe Richard, édition à laquelle M. Crauk a ajouté, grâce aux notes laissées par Adolphe Richard, plusieurs chapitres ;

5° Une observation intitulée : *Accouchement naturel, hémorragie, délire violent, guérison,* par le Dr Van den Bosh, de Liège ;

6° Note sur les *fistules parotidiennes*, par M. Routier, interne des hôpitaux. Rapporteur, M. Verneuil.

A l'occasion du procès-verbal.

M. Delens. J'ai fait l'ablation d'un utérus inversé, que j'avais pris pour une tumeur fibreuse. La tumeur avait le volume d'un œuf, et il ne me vint pas à la pensée qu'un utérus inversé pût avoir un pédicule aussi mince que celui que je rencontrais dans le vagin. Pour faire cette ablation je me suis servi de l'écraseur, sans anesthésie. Il y eut une douleur très vive au moment de la constriction. L'opération dura vingt-cinq minutes. La patiente a guéri. Je l'ai revue longtemps après son opération. Ses règles étaient très irrégulières. Au toucher vaginal, on constatait un col à peu près comme à l'état normal. Cependant M. Malassez avait trouvé dans la tumeur enlevée tous les éléments de l'utérus et les deux trompes.

A l'occasion de ce fait, j'ai fait un relevé des observations d'ablation de l'utérus inversé. J'ai trouvé que sur 82 cas, l'écraseur seul a été employé 4 fois et a donné 3 succès et 1 décès. L'écraseur, uni à la ligature, a été appliqué une fois avec succès. En somme, sur 5 cas d'application de l'écraseur, il y a eu 4 succès et 1 seule mort, en ne tenant compte que des cas publiés. Il est vrai que, sur ces 82 cas, l'excision combinée avec la ligature simple n'a donné qu'une mortalité de 16,6 0/0, chiffre qui a lieu de surprendre.

M. Desprès rappelle qu'il y a une différence énorme, sous le rapport de la mortalité, entre l'ablation d'une portion de l'utérus inversé et l'ablation totale. Toutes les fois qu'il y a une inversion partielle, le col de l'utérus se resserre sur la partie inversée et commence là un travail analogue à celui que ferait une ligature. Si alors on pratique l'opération en ce point, on réussit ordinairement.

Rapport

par M. Magitot,

Sur un travail de M. le docteur Aguilhon, ayant pour titre : *Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive.*

Messieurs,

Rapporteur d'une commission composée de MM. Desprès, Delens et Magitot, je viens vous rendre compte du travail qui vous a été lu par M. le docteur Aguilhon, sous le titre de *Pathogénie et traitement de la gingivite expulsive.*

La maladie qui fait l'objet de cette communication est bien connue des chirurgiens et décrite depuis fort longtemps sous des noms divers.

Dès le siècle dernier elle était désignée sous le terme de *catarrhe alvéolaire*, Jourdain[1] l'appelait *suppuration des alvéoles*, et plus récemment, Toirac l'avait étudiée sous le nom de pyorrhée alvéolaire.

Ces termes, qui sont très justes, si l'on ne tient compte que du signe pathognomonique de l'affection, la suppuration des alvéoles, indiquent, en outre, une appréciation très exacte, comme nous le verrons, du siège de la lésion. C'était bien effectivement pour ces auteurs une maladie intra-alvéolaire.

Cependant en 1861, Marchal, de Calvi, dans une note adressée à l'Académie des sciences[2], émet une idée nouvelle : il croit que la maladie a pour siège la gencive, et comme il reconnaît cependant qu'elle a pour effet d'ébranler et d'expulser les dents, il l'appelle *gingivite expulsive.* De son côté, notre collègue, M. Desprès, qui consacre à cette maladie un chapitre de ses *Leçons cliniques*, semble hésiter à se prononcer sur sa véritable nature, car il se borne à l'indiquer sous le nom de *chute prématurée des dents saines*[3].

C'est, comme on l'a vu, à l'opinion de Marchal, de Calvi, que se serait rallié M. le Dr Aguilhon, puisqu'il reprend la désignation de *gingivite expulsive.*

En présence de cette diversité de termes et d'idées, il a paru tout d'abord nécessaire à votre rapporteur de rechercher quelle est l'interprétation exacte qu'il convient de donner à cette maladie, et d'établir si elle est réellement *alvéolaire* ou bien *gingivale*, ou bien encore à la fois alvéolaire et gingivale.

Or, nous demandons à ce propos la permission de rappeler en quelques mots les résultats de nos recherches personnelles :

1 *Maladies de la bouche*, 1778, t. 11, p. 396.
2 Compte rendus, 1861, 10 septembre.
3 *Chirurgie journalière*, 1877, p. 656.

Au début de ces études, consignées dès 1867 dans les *Archives générales de médecine*[1], nous nous sommes déjà trouvé en présence des divergences d'opinions que nous venons de rappeler, et notre premier souci devait être de fixer le lieu anatomique de la lésion et de déterminer les tissus mêmes qui sont affectés.

C'est ainsi que nous avons été conduit à conclure que, dès le début des accidents jusqu'à la période terminale qui correspond à la chute des dents, la lésion anatomique porte exclusivement : d'une part, sur le périoste alvéolaire, et d'autre part, sur la couche de substance osseuse appelée *cément*, qui lui est sous-jacent et qui tapisse, comme on sait, la surface de la racine.

Le périoste présente alors tous les degrés de l'inflammation et ses éléments sont finalement détruits et entraînés par la suppuration. De son côté la couche osseuse du cément se dissocie et disparaît de la même manière, par suite d'ostéite et de nécrose consécutive. Certains phénomènes de résorption atteignent même parfois l'ivoire, qui apparaît comme usé ou rongé par places.

En présence d'altérations si nettement définies et portant à la fois sur un périoste et sur une couche osseuse, une désignation s'imposait à nous et nous avons proposé le nom d'*ostéo-périostite alvéolaire*. Peut-être eût-il été plus rigoureux de l'appeler *cémento-périostite,* mais nous avons reculé devant ce néologisme.

Nous ne saurions contester toutefois que des phénomènes de voisinage se produisent pendant le cours ou vers la fin de l'affection, que la gencive s'enflamme à son tour, que la paroi alvéolaire se détruit par un mécanisme sans doute analogue à celui qui entraîne le cément, que des abcès, des fluxions peuvent survenir ; mais si l'on observe attentivement la marche de l'affection dès son début et dans ses phases successives, il est facile de reconnaître que ces divers accidents sont toujours consécutifs et n'appartiennent qu'à la dernière période, ou période des complications de la maladie.

Les phénomènes morbides se succèdent, d'ailleurs, dans un ordre presque invariable et qui exclut précisément l'idée d'une gingivite initiale. Ainsi l'on observe tout d'abord une simple déviation d'une ou de plusieurs dents, sans ébranlement manifeste, et aussi sans trace aucune de congestion du côté de la muqueuse gingivale. Tel est le début constant. Un peu plus tard, un léger suintement purulent s'échappe de l'intérieur de l'alvéole ; la gencive est décollée, mais elle conserve encore longtemps son aspect normal. L'écoulement augmente cependant, la dent s'ébranle, et alors seulement apparaît la complication gingivale, toujours localisée d'ailleurs au niveau de l'alvéole affecté, sans se propager au voisinage, tandis

[1] De *l'ostéo-périostite alvéolaire*, 1867, numéros de juin et juillet.

que la gingivite, comme on sait, frappe toujours, soit la totalité d'une arcade avéolaire, soit tout au moins une région quelque peu étendue.

Mais ce ne sont pas seulement les circonstances du siège et de la nature anatomique de la lésion qui nous ont conduit à l'idée de l'ostéo-périostite.

Ses conditions étiologiques et son mode de propagation contribuent encore à en faire une affection toute spéciale, et ne se concilient en rien avec l'hypothèse d'une maladie gingivale.

L'ostéo-périostite est, en effet, le plus souvent une manifestation d'un état général ou d'une diathèse.

M. Aguilhon rappelle très justement qu'elle est constante chez les diabétiques, les albuminuriques, très commune chez les goutteux, les arthritiques, etc.

On ne la rencontre jamais chez les sujets jeunes : l'âge d'élection est de la 40e à la 50e année.

Son processus est invariable : après s'être montrée, soit sur une dent, soit sur deux ou trois à la fois, elle s'y localise jusqu'à la chute de celles-ci ; puis elle se porte alors sur un autre point, sans envahir nécessairement le voisinage immédiat, comme le ferait la gingivite ; c'est une affection en quelque sorte errative, se portant successivement sur des endroits distants de la bouche et offrant partout le même caractère : la destruction du périoste et du cément.

Nous n'aurions pas à insister sur la physionomie particulière de cette affection, si nous ne voulions rappeler que M. Desprès lu assigne une pathogénie toute spéciale et très exclusive.

Pour notre collègue, c'est la compression des dents dans des arcades trop étroites qui en est l'origine constante, aussi se produit-elle fréquemment à l'occasion de la sortie des dents de sagesse. Il résulterait de là que l'affection ne devrait jamais se produire chez les individus qui ont les arcades dentaires régulières ou chez ceux qui ont antérieurement perdu plusieurs dents.

Or, il n'en est rien, et très souvent elle s'observe dans des bouches notablement dégarnies, sans qu'on puisse en aucune manière invoquer une compression quelconque. Ajoutons que la perte ou l'ablation d'une dent, au début des accidents, ne suffit pas davantage à en arrêter les progrès.

Assurément, les faits de compression qu'a observés M. Desprès sont très exacts. Ils s'accompagnent incidemment de phénomènes inflammatoires : gingivite, périostite, phlegmon. Parfois ils provoquent des douleurs névralgiques intenses. Ils aboutissent, il est vrai, à la chute des dents, mais le plus ordinairement aussi ils ne s'arrêtent pas là et l'on voit se produire, même après la perte de

celles-ci des points d'ostéite et de nécrose dans une étendue variable du bord alvéolaire.

Telle n'est pas la physionomie de l'ostéo-périostite. Ce qu'a décrit M. Desprès pourrait être plus justement nommé une *ostéite par compression du bord alvéolaire*, une ostéite à forme progressive, qui représente un accident fréquent de l'évolution de la dent de sagesse, et dans laquelle les dents jouent un rôle passif. Aussi M. Desprès fait-il très justement cette remarque que les dents ainsi chassées au dehors sont saines. Elles le sont, en effet, comme toutes celles qui tombent dans le cours de la nécrose des mâchoires, en général. Il s'agirait donc ici d'une toute autre affection, qu'on serait peut-être fondé à rapprocher de certains cas, signalés à plusieurs reprises, dans cette Société même, par Dobleau et M. Dubrueil[1], et où l'on a reconnu à la fois une mortification et une résorption des bords alvéolaires suivies de la chute des dents.

Dans la maladie dont nous parlons, celle que M. Aguilhon a entendu décrire, les dents ne sont pas saines, et il suffit du plus simple examen pour reconnaître quelle lésion ont subie à la fois le périoste et le cément. De plus, il faut remarquer qu'aussitôt la dent tombée, la maladie s'arrête sur ce point, sans qu'il se produise après sa chute aucune lésion gingivale ou osseuse quelconque.

Nous espérons donc que M. Desprès voudra bien accepter ces distinctions, dont il reconnaîtra assurément avec nous l'importance, au point de vue du diagnostic différentiel et aussi du traitement des affections diverses des bords alvéolaires, dont l'histoire est restée jusqu'à ce jour si embrouillée et si confuse.

Nous aurions précisément souhaité que le travail nouveau de M. le Dr Aguilhon vînt contribuer à dissiper ces obscurités ; or voici que l'auteur qui fait, comme on l'a vu, de cette maladie une gingivite, va jusqu'à nier l'existence du périoste dentaire. Pour lui, la membrane qui relie les dents aux mâchoires est un *ligament*.

Dans une incursion assurément intéressante au domaine de l'anatomie comparée, il nous montre que certains poissons ont des dents pourvues de mouvements en vertu d'un double appareil ligamenteux et musculaire spécial. Il croit voir alors dans l'organisation des dents humaines des dispositions comparables. Nous ne saurions suivre l'auteur dans cette voie, ne pouvant raisonnablement accepter un tel rapprochement entre les poissons et l'homme, alors que déjà l'appareil dentaire présente de si grandes différences d'un mammifère à l'autre. Comment admettre, d'ailleurs, que les dents humaines sont douées de mouvements, si faibles qu'ils soient ? Comment peut-on nier l'existence du périoste?

[1] Dobleau *Bulletin*, 1869, p. 210. Dubreuil, *même recueil*, 1871, p. 277.

C'est là une notion anatomique des mieux établies, et M. Aguilhon, qui invoque l'autorité de M. Robin, ne paraît pas se souvenir que, dans les divers mémoires que nous avons publiés en commun, la membrane interposée entre l'alvéole et la dent est décrite comme un périoste véritable. Elle est formée, en effet, de la paroi folliculaire; elle possède, à une certaine époque du développement, la fonction ostéogénique, car c'est elle qui forme le cément auquel elle fournit, durant la vie, ses moyens de nutrition. D'autre part, ses phénomènes morbides sont ceux d'un périoste. Son inflammation, ses abcès, ses productions accidentelles, ses tumeurs mêmes, les kystes qu'il forme si fréquemment dans les mâchoires par sa distension progressive; tout concourt, ce nous semble, à éloigner l'idée d'un tissu ligamenteux.

M. Aguilhon s'efforce, il est vrai, d'établir histologiquemant les différences que présente la membrane alvéolaire avec le périoste des os. Il y trouve les éléments du tissu fibreux propres aux tendons et aux ligaments, et non ceux du tissu lamineux qui forment le périoste proprement dit. Nous acceptons ces distinctions, bien qu'un peu subtiles, car les tissus fibreux et lamineux représentent après tout deux états ou deux degrés d'évolution des éléments du tissu conjonctif. Nous n'avons jamais dit, d'ailleurs, que la membrane alvéolaire fût un périoste en tous points assimilable au périoste osseux. Il présente avec ce dernier quelques différences anatomiques, très secondaires, du reste, en raison de ses différences fonctionnelles; mais, de par sa nature et ses usages, il nous paraît inadmissible de lui refuser le nom et le rôle d'un périoste.

Nous n'insisterons pas sur ces considérations, qui nous entraîneraient trop loin, et nous avons hâte d'arriver au traitement que préconise M. Aguilhon.

A cet égard, l'auteur s'adresse à une méthode qui nous paraît tout à fait rationnelle, le drainage. Lorsque l'affection est à sa période d'état, que les alvéoles sont remplis de pus, il propose de pratiquer au travers de la gencive et de la paroi antérieure de l'alvéole, une ouverture située à la limite de la portion décollée et de passer, par cette ouverture, un fil de soie formant séton qu'il laisse en permanence jusqu'à guérison. Ce procédé nous rappelle un peu le drainage avec des crins appliqué par M. Mollière et quelques autres chirurgiens au traitement de certaines collections morbides. Ici, nous ne pouvons nous défendre de remarquer que M. Aguilhon semble abandonner l'idée d'une affection purement gingivale, puisqu'il s'adresse pour la guérir au drainage de l'alvéole.

Quoi qu'il en soit, il mentionne ainsi *onze* cas dans lesquels une

amélioration, plus ou moins marquée, et même la guérison complète dans quelques-uns, ont été obtenues.

Cette thérapeutique locale est instituée sans préjudice, bien entendu, du traitement de l'état général ou de la diathèse qui domine dans tous les cas la production de l'affection.

M. Aguilhon ne rejette pas toutefois l'emploi de l'acide chromique, que nous avons naguère préconisé et qui a donné entre les mains de beaucoup de chirurgiens d'excellents effets. Il l'emploie de préférence dans les premiers temps de la maladie, réservant le drainage à la période de pleine suppuration alvéolaire. Cela, nous le répétons, paraît très rationnel. Nous regrettons toutefois que M. Aguilhon ne nous ait pas fourni des observations détaillées de ses malades, mais comme il se propose de continuer ses recherches, nous ne saurions trop l'encourager dans cette voie, bien convaincus pour notre compte que l'idée du drainage est appelée à fournir les plus heureux résultats.

En terminant, nous avons l'honneur de vous proposer :

1° D'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressant travail ;

2° De renvoyer son manuscrit au comité de publication.

Discussion.

M. Desprès. Comme j'ai particulièrement souffert de la maladie dont il est question, comme cette maladie m'a coûté, depuis 19 ans, une dent tous les ans, et comme elle a empoisonné mon existence pendant un mois de chaque année, j'ai le malheur de la bien connaître.

Lorsque j'eus atteint l'âge de 21 ans, je n'avais que deux dents de sagesse. Les deux autres dents poussèrent à 22 ans. A partir de ce moment, je commençai à souffrir des dents. Les médecins et les dentistes me conseillèrent de faire ce que M. Magitot prescrit ; mais rien n'était efficace. J'en étais arrivé, pour me soulager, à faire des gargarismes avec 4 grammes de laudanum dans 100 grammes d'eau. J'ai donc cherché ce qu'il y avait à faire pour remédier à cette affection et je l'ai trouvé.

Il y a des hommes qui ont le menton pointu, d'autres qui l'ont rond. Ces derniers ont une place suffisante pour contenir seize dents à chaque mâchoire. Il n'en est pas de même de ceux qui ont le menton pointu, à moins qu'ils n'aient eu la bonne fortune de perdre par la carie une ou deux molaires. Mais si leurs dents sont intactes, voici ce qui arrive : lorsque les dents de sagesse poussent, il se produit une compression constante de proche en proche, depuis les dents les plus postérieures jusqu'aux antérieures, et les

dents, qui souffrent le plus, sont les incisives, puis les petites molaires. Il se passe là ce qui se passe lorsque cinq personnes sont assises sur un canapé, qui n'en peut contenir que quatre ; ces personnes peuvent bien se serrer les unes contre les autres, mais les bras du canapé sont écartés et finissent par se briser. Il en est de même pour les dents de ces mâchoires étroites. L'alvéole se nécrose par compression. Consécutivemnt la gingivite survient, gingivite que l'on guérit momentanément, mais qui récidive à la moindre occasion. Puis un nouvel accident se produit, c'est une ulcération qui se fait sur le bord de la gencive. La dent dépasse alors la gencive et elle est noire. Or, lorsqu'un tiers de la racine de la dent dépasse l'alvéole, cette dent est fatalement destinée à périr ; c'est un séquestre qui doit être éliminé quoi que l'on fasse pour la conserver. J'ai vu un malade qui avait perdu accidentellement quatre dents molaires à la mâchoire supérieure, les dents de cette mâchoire étaient saines et solides ; mais les dents de la mâchoire inférieure, qui étaient au complet, étaient déchaussées et branlantes. J'ai vérifié ce fait plusieurs fois et j'ai fait faire une thèse sur ce sujet par M. Baronet.

Si l'on veut guérir cette maladie, il n'y a qu'un seul moyen, c'est de faire de la place aux dents en arrachant deux petites molaires à chaque mâchoire. Je n'aurais pas hésité à employer ce moyen, si je l'eusse connu quand j'avais 22 ans. J'ai l'observation de deux malades, qui se sont prêtés à cette avulsion, et la maladie s'est arrêtée immédiatement.

Je ne conteste pas l'existence de l'ostéo-périostite décrite par M. Magitot. La pyorrhée alvéolo-dentaire, dont j'ai donné la description dans mes Leçons, n'est pas une maladie de la vieillesse. Elle se développe entre 20 et 35 ans chez des individus sains, ayant toutes leurs dents. Elle détermine, en outre, de très vives souffrances. La pyorrhée alvéolo-dentaire des diabétiques et des cachectiques n'a pas les mêmes caractères, en ce sens que les dents s'ébranlent et tombent sans douleur.

M. Terrier. Une dame de ma connaissance a vu se développer la pyorrhée alvéolo-dentaire à l'âge de 35 ans. Elle avait auparavant de très bonnes dents. Mais, à partir de cette époque de sa vie, ses dents se sont ébranlées, se sont déchaussées et sont tombées en partie. Cette maladie diffère absolument de la périostite alvéolo-dentaire produite par la compression. Je crois que l'origine de la maladie, chez la dame dont je parle, a été des frictions mercurielles faites pour une péritonite.

M. Trélat. J'ai eu un parent, mort très âgé, qui avait conservé toute sa denture jusqu'après 60 ans ; puis il fut pris d'une maladie

analogue à celle dont vient de parler M. Magitot ; ses dents s'ébranlèrent, et, jusqu'à 87 ans, il perdit successivement toutes ses dents.

Je connais une dame, qui lutte contre la vieillesse, et qui fut atteinte de cette maladie vers l'âge de 45 ans. Elle a déjà perdu une des incisives inférieures gauches, et elle est sur le point de perdre d'autres dents.

Les faits de ce genre sont nombreux. Ils ne se comportent pas comme ceux dont a parlé M. Desprès. L'âge diffère ; le processus n'est pas semblable, et les douleurs sont presque nulles.

M. Desprès. L'observation de M. Terrier est une observation de chute des dents par gingivite mercurielle. C'est la légende du mercure, cela n'a rien de commun avec l'affection dont j'ai parlé.

M. Terrier répond qu'il est légendaire d'admettre que des onctions mercurielles puissent faire tomber les dents.

M. Magitot. Je me suis efforcé, dans mon rapport, d'établir une distinction entre la maladie, que vient de nouveau tracer devant nous M. Desprès, et celle dont j'ai rappelé la description à l'occasion du travail de M. le docteur Aguilhon. Mais je m'aperçois que je n'ai pas réussi à convaincre notre collègue. J'ai été toutefois plus heureux vis à vis de MM. Terrier et Trélat qui, d'après les faits qu'ils ont personnellement observés, ont parfaitement saisi les différences fondamentales, qui séparent certains accidents, dus à la compression des dents dans des mâchoires trop étroites chez les sujets jeunes, de cette maladie si spéciale, que j'ai nommée ostéo-périostite et qui se caractérise, chez les individus adultes ou voisins de la vieillesse, par la suppuration des alvéoles et la chute des dents.

Personne moins que moi ne songe à contester les cas signalés par M. Desprès. L'évolution de la dent de sagesse cause des accidents bien connus aujourd'hui, et parmi les désordres qu'elle occasionne, il en est certains, qui sont profonds, de nature osseuse, et consistent en une véritable ostéite des mâchoires suivie de nécrose. C'est cette ostéite qui prend parfois la forme envahissante, et peut entraîner consécutivement la chute des dents et la perte même d'une portion plus ou moins étendue des mâchoires. J'ai aussi tenté, à cette occasion, de rapprocher ces faits de ceux qui ont été signalés, dans cette enceinte, par Dolbeau et M. Dubrueil. C'est donc là une catégorie d'accidents tout à fait particulière.

Il conviendrait encore de discerner parmi les maladies des mâchoires la *gingivite* et ses différentes formes. Aussi faut-il rejeter toute assimilation entre cette dernière et l'ostéo-périostite : jamais

une gingivite ne saurait, à elle seule, produire l'ébranlement et la chute des dents. Elle ne le peut qu'à la condition de se compliquer d'une autre affection, la *périostite*, d'où j'ai été conduit à repousser, pour la maladie qui nous occupe, le terme de *gingivite expulsive*.

La *périostite* proprement dite constitue à son tour une autre affection, souvent isolée, et qui présente certaines variétés de formes comme aussi des différences de siége, d'étendue et de gravité. Les fluxions, les abcès, les fistules sont des complications de cette affection, mais non point nécessaires et fatales, car il est bon nombre de périostites qui sont simples, franches et sans aucun retentissement de voisinage.

Je pourrais encore citer quelques autres états morbides des bords alvéolaires, moins communs que les précédents, et dont la détermination différentielle serait également facile.

L'ébranlement et la perte des dents représentent, dans l'histoire des maladies de la bouche, un signe qui n'est point exclusif à une seule affection. Des lésions diverses amènent également ce résultat. C'est sans doute pour cette raison que M. Desprès, qui ne voit en cela que cet unique phénomène, la chute des dents, nomme tour à tour *périostite, gingivite, pyorrhée alvéolaire*, la maladie qu'il s'efforce de décrire. La même incertitude se retrouve dans la thèse de M. Baronet, que rappelait M. Desprès, et qui d'ailleurs a été inspirée par lui.

Qu'il nous soit donc permis de dire, en terminant, que nous ne trouvons dans les descriptions de M. Desprès ni la monographie d'une maladie définie, ni la distinction nécessaire entre les affections variées d'une même région.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Par M. Le Dentu.

Fracture de l'extrémité inférieure du péroné et de la malléole interne datant de trois mois et demi. Double cal vicieux. Rupture au moyen de l'appareil Collin pour le genu valgum. — Modifications de cet appareil nécessitées par son adaptation à ces cas spéciaux.

M. X..., âgé de 55 ans, s'était cassé la jambe droite le 7 décembre 1879. Lorsque je le vis pour la première fois, au commencement de mars 1880, je constatai l'état suivant :

Un coude brusque existait à 8 centimètres au-dessus de la

malléole externe ; le pied, fortement dévié en dehors, faisait avec la jambe un angle d'environ 45 degrés. La malléole interne, déviée avec le pied, se dissimulait sous une énorme saillie formée par l'extrémité inférieure du tibia. Dans ce point, la peau adhérente à l'os était d'un rouge violacé. Un commencement d'irritation, qui avait produit un érythème tenace, devait faire craindre l'ulcération des téguments à bref délai.

Je me prononçai dès l'abord pour la rupture de ce double cal vicieux, et je songeai à la pratiquer au moyen de l'appareil imaginé par M. Collin pour le redressement brusque du *genu valgum*. Seulement, en considération des conditions spéciales dans lesquelles se présentait la difformité, je vis de suite que cet appareil ne pouvait me rendre un véritable service qu'après avoir subi certaines modifications.

Des trois plaques dont se compose la partie de cet appareil qui s'adapte immédiatement aux membres à redresser, il y en a une, la médiane, qui fait la pression ; les deux autres font une sorte de contre-pression, en soutenant le membre au-dessus et au-dessous du sommet de l'angle de déviation.

Pour appliquer cet appareil à la jambe de mon malade, je pouvais emboîter le mollet dans la plaque supérieure, agir sur l'angle de déviation au moyen de la plaque médiane placée immédiatement au-dessus de la malléole interne, enfin soutenir le fragment inférieur du péroné en l'embrassant avec la troisième plaque ; mais cette dernière s'adaptait fort mal aux formes de la partie inférieure de la jambe et de la face externe du pied.

Je jugeai indispensable de faire mouler le membre entier, et sur le moule je fis faire une pièce destinée à emboîter d'une manière parfaite la face externe du pied et la partie inférieure de la jambe jusqu'à l'angle rentrant de la fracture.

De plus, pour que cette pièce spéciale ne s'opposât pas à la rotation du pied en dedans pendant son redressement, on la disposa sur un pivot médian offrant une résistance suffisante.

Ainsi modifié, l'appareil donna tout ce que j'en attendais.

L'opération eut lieu le 22 mars. Le malade étant chloroformisé, j'exerçai une pression lente. Dès le début, un craquement sec, de peu d'intensité, annonça que la rupture était effectuée. J'arrivai à redresser entièrement le pied et à effacer totalement la saillie du tibia en dedans.

Je plaçai immédiatement le membre dans une solide gouttière de plâtre, que je maintins en bonne position jusqu'à solidification complète.

C'est à peine si, dans les vingt-quatre heures qui suivirent, le malade éprouva quelques douleurs. Un léger gonflement œdéma-

teux, développé le jour de l'opération, se dissipa en quatre ou cinq jours.

En un mot, les suites immédiates furent des plus simples.

La gouttière fut laissée en place six semaines. Ce deuxième moulage vous montre l'état du membre à la septième semaine.

Une légère déviation montre que le résultat *parfait* du premier moment ne s'est pas maintenu complètement ; mais il s'en faut de bien peu. La saillie, qui surmontait jadis la malléole interne, s'est un peu reproduite, mais dans des proportions, que j'avais prévues, et qui n'empêchent pas la plante du pied d'être *parfaitement perpendiculaire à l'axe* de la jambe.

Le résultat est donc satisfaisant et permet d'affirmer que la marche deviendra facile, lorsque la raideur, déterminée par une immobilisation de six mois, se sera dissipée.

L'opéré se lève et, soutenu par des béquilles, se sert déjà très bien de son pied, grâce à un petit appareil à tuteur externe destiné à prévenir toute déviation ultérieure.

Je n'entrerai pas, à propos de ce cas, dans la discussion générale des indications que présentent les cals vicieux, ni des méthodes de traitement qui conviennent à cette difformité. Qu'il me suffise d'avoir montré que la méthode de la rupture a réalisé un véritable progrès, grâce à l'application de l'appareil commode et puissant de M. Colin ; mais tel qu'il avait été construit en vue du redressement du *genu valgum*, cet appareil ne pouvait être utilisé dans tous les cas indistinctement.

Les modifications, que les circonstances m'ont amené à conseiller à M. Collin, me paraissent en avoir rendu l'emploi beaucoup plus général et plus simple. Elles ont consisté : 1° à faire sur moulage une pièce destinée à emboîter rigoureusement le bord et la face externe du pied ; 2° à monter cette pièce spéciale sur pivot, de manière à ce qu'elle suivît le redressement au fur et à mesure qu'il s'effectuerait.

On peut prévoir d'autres cas où la fabrication d'une pièce spéciale sur moulage serait nécessitée par une déformation peu commune ; mais je suis bien certain que la pièce inférieure de l'appareil, que je vous montre en ce moment, pourrait convenir au redressement du pied dans la plupart des cas. Elle rappelle suffisamment les formes normales du segment terminal du membre inférieur.

En réalité, la modification fondamentale consiste dans le *pivotement* des plaques de pression et de contre-pression, disposition qui existait dans le premier appareil construit par M. Collin pour le genu valgum, et à laquelle il avait cru devoir renoncer, la considérant comme inutile. On ne saurait s'en passer pour la rupture des cals difformes, lorsque l'angle de déviation est très prononcé.

Je termine par une recommandation, que je crois assez importante. Si, chez mon opéré, j'avais appliqué la plaque de pression directement sur la saillie angulaire, je me serais exposé à augmenter beaucoup l'irritation inflammatoire dont la peau était le siége dans cette région, et peut-être à déterminer la mortification des téguments. Pour écarter ce double inconvénient, j'ai placé la plaque de pression immédiatement au-dessus du cal et la plaque inférieure immédiatement au-dessous.

Il me semble qu'il ne peut y avoir que des avantages à généraliser cette façon de procéder. En disposant les plaques comme je viens de le dire, on peut être certain que la fracture se fera dans l'intervalle très restreint qui les sépare, c'est-à-dire, juste au niveau du cal, et, de plus, on aura évité sur les téguments adhérents ou non adhérents toute pression dangereuse.

Lecture.

M. le docteur Chavernac lit un travail sur un cas d'*inversion utérine complète*.

Commission : MM. Sée, Farabeuf, Périer.

M. le président annonce que la Société se réunira en comité secret dans la prochaine séance pour entendre la lecture du rapport sur les candidats à la place de membre titulaire.

La séance est levée à cinq heures et demie.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 30 juin 1880

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;
2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — La *Revue médi-*

cale de l'Est. — Le *Lyon médical.* — Le *Bulletin médical du Nord.* — Le *Journal de thérapeutique*, de Gubler. — La *Revue médicale française et étrangère.* — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger;*

3° Le *British medical.* — La *Gazette medicale italienne-lombarde.* — Le *Journal d'Athènes.* — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine;*

4° M. Poinsot, de Bordeaux, membre correspondant, envoie l'observation suivante, qui est lue par M. le secrétaire général :

Inversion utérine totale. — Amputation de l'organe au moyen de la ligature élastique.

par M. Poinsot, membre correspondant.

Le traitement chirurgical de l'inversion utérine a été plusieurs fois mis en discussion devant la Société. L'année dernière, c'était à propos des communications de MM. Cazin, Chauvel, Hue ; aujourd'hui la question revient à propos de la communication récente de M. Périer.

De tous les moyens proposés pour l'amputation de l'utérus inversé, la ligature élastique a paru réunir le plus grand nombre de suffrages ; cependant quelques chirurgiens, fort distingués, comme MM. Cazin et Delens, conservent leur préférence à la ligature métallique ou à l'écrasement. L'expérience clinique peut seule trancher ce débat, mais, pour arriver à cette solution, il est nécessaire que chacun des faits relatifs au procédé nouveau soit exactement mis au jour.

C'est dans cet esprit que je communique à la Société l'observation suivante. Comme celle de M. Chauvel, elle montre que, même avec la ligature élastique, la section de l'utérus peut se faire assez exactement, et met ainsi à néant le principal argument invoqué par M. Cazin contre ce procédé d'amputation.

Mme M..., âgée de 48 ans, mariée, vint, en octobre 1879, à Bordeaux, pour y être traitée d'une affection utérine, dont les progrès, après avoir altéré sérieurement sa santé, finissaient par compromettre son existence.

Le début de l'affection remonte à 18 ans, époque à laquelle Mme M... eut un enfant. L'accouchement fut, dit-elle, normal, et la délivrance n'offrit rien de particulier; mais, à partir de cette date, la malade fut sujette à des métrorrhagies abondantes, d'abord assez éloignées et se confondant avec les règles, puis se rapprochant et finissant par empiéter sur l'intervalle des époques menstruelles. Les accidents étaient cependant compatibles avec une santé relative, car ce fut seulement en 1873, douze ans après leur début, que Mme M... réclama des soins

médicaux. On constata alors l'existence d'un polype, du volume d'une grosse figue, et qui fut enlevé par torsion, non sans difficulté.

Mme M..., qui se félicitait d'avoir, par l'opération, obtenu un soulagement à ses maux, se vit bientôt déçue dans cette espérance. Les hémorragies continuèrent avec la même fréquence et une abondance peut-être augmentée. Dans la dernière année, la malade ne pouvait rester debout sans avoir une perte sanguine, bientôt suivie de syncope. Dans l'intervalle des hémorragies qu'elle évitait par le repos au lit, elle était constamment mouillée par des pertes blanches, très copieuses et d'une odeur particulièrement désagréable.

On comprend que, dans ces conditions, la santé de Mme M... avait dû subir une atteinte profonde ; sa face était pâle et bouffie ; les muqueuses décolorées ; il existait un œdème notable des membres inférieurs. L'appétit était nul, et des vomissements fréquents venaient encore ajouter au trouble de la nutrition.

C'est dans cet état d'épuisement que Mme M... fut adressée à mon confrère et ami le Dr Bosq. Celui-ci, à un premier examen fort rapide, constata l'existence dans le vagin d'une tumeur attenant évidemment à l'utérus et, croyant à la nécessité d'une action chirurgicale, réclama mon intervention.

Voici ce que nous constatons ensemble :

Le doigt, introduit dans le vagin, y rencontre une tumeur, du volume et de la forme d'une poire moyenne, à grosse extrémité dirigée en bas. Le pourtour de la partie supérieure de cette tumeur peut être exactement suivi ; elle se continue, sur toute sa circonférence, avec les culs-de-sac vaginaux. En aucun point, le doigt ne peut trouver d'espace par où pénétrer plus avant.

J'essaie, mais également en vain, de découvrir une cavité avec la sonde utérine. Il s'agit donc non pas d'un polype, mais bien certainement d'un utérus inversé dans sa totalité.

Le toucher rectal, combiné avec l'introduction d'un cathéter dans la vessie, confirme ce diagnotic, en faisant reconnaître que l'utérus n'occupe pas sa situation normale.

La cause d'un déplacement aussi complet me paraît d'abord assez difficile à donner, mais, en y réfléchissant, je crus pouvoir admettre que, malgré les renseignements fournis par la malade sur son accouchement et ses suites, il avait dû se produire, dès ce moment, un certain degré d'inversion, et que plus tard le procédé même choisi pour enlever le polype avait achevé d'inverser l'utérus.

Quoi qu'il en fût, la durée des accidents ne me permettait pas de songer à la réduction et, d'autre part, l'affaiblissement de l'état général constituait une indication pressante d'agir.

Je proposai l'amputation de l'utérus par la ligature élastique.

L'opération fut pratiquée le 4 octobre, la malade étant anesthésiée par le chloroforme. Je fus aidé par MM. le Dr Bosq, le Dr Davejac, chef de clinique de la Faculté, et M. Courtin, interne de l'hôpital Saint-André.

Le manuel fut des plus simples : saisissant le fond de l'utérus avec

des pinces de Museux, j'amenai au dehors l'organe tout entier, à l'aide de tractions modérées. Il me fut alors facile de constater, comme contrôle de mon diagnostic, 1° que le sang, qui s'écoulait avec une certaine abondance, provenait de la tumeur même ; 2° qu'une fine aiguille en pénétrait aisément le tissu ; 3° que la partie la plus reculée de la tumeur se continuait directement avec la paroi du vagin.

Après m'être assuré que l'infundibulum péritonéal de l'utérus ne contenait aucun organe susceptible d'être lésé par la ligature, j'appliquai, un peu au-dessous des lèvres du col et et sur le col lui-même, une chaîne d'écraseur que je serrai jusqu'à ce que la tumeur cessât de fournir du sang. Alors, avec le thermo-cautère, je traçai, au-devant de la chaîne, un sillon profond d'un demi centimètre, dans lequel je plaçai le lien élastique, constitué par un drain de petit calibre. Ce lien fut amené à une assez grande distension, fortement serré et fixé par un double nœud. J'avais eu soin de laisser les deux chefs assez longs pour qu'ils pussent sortir par la vulve après la rentrée des parties.

La chaîne d'écraseur enlevée, je procédai à cette rentrée, quand l'utérus eut été soigneusement lavé avec une solution phéniquée faible. Quelques injections du même liquide servirent à débarrasser le vagin du sang qu'il contenait. L'opération elle-même s'était faite sans la moindre hémorragie.

La malade, ayant été opérée sur le bord du lit, n'a à subir qu'un léger déplacement pour être recouchée. Décubitus dorsal avec les cuisses rapprochées et légèrement fléchies sur le ventre. L'immobilité absolue est recommandée.

Je prescris des pilules d'extrait d'opium de 1 centigramme (à prendre une pilule toutes les heures, quand les effets du chloroforme cesseront de se faire sentir).

Je revois la malade à 5 *heures*. Elle a déjà pris une pilule ; elle est calme et dit souffrir fort peu. Le ventre n'est pas tendu ; un peu de douleur à la pression dans l'hypogastre. Pouls à 90, très faible ; température 37. La malade, pour calmer sa soif, prend de la limonade gazeuse.

A 10 heures du soir, le calme persiste. Même le Dr Bosq, par qui est faite cette visite tardive, ne juge pas utile de faire une injection de chlorhydrate de morphine dont nous étions convenus le matin. La malade prend 2 grammes de chloral en potion. Comme elle n'a pas uriné depuis l'opération, et qu'elle éprouve quelques envies, le Dr Bosq pratique le cathétérisme, et évacue une bonne quantité d'urine normale.

5 *octobre*. La nuit a été calme ; la malade a pu dormir quelques heures. Les douleurs sont extrêmement modérées ; aucune envie de vomir. Le cathéterisme a dû être pratiqué de nouveau vers six heures du matin.

Pouls à 96 ; température 37,6.

Injections phéniquées faites trois fois dans la journée pour nettoyer le vagin des pertes abondantes et assez odorantes qui s'en écoulent. L'extrait d'opium est continué.

Dans l'après-midi, la malade urine sans secours.

6 *octobre*. La nuit a été bonne. Ce matin, la malade éprouve quelques douleurs à la pression dans la région de l'ovaire droit. Léger ballonnement du ventre qui est, d'ailleurs, indolent dans les autres points.

Pouls à 100, plus plein ; température 38.

J'insiste sur l'extrait thébaïque et les injections phéniquées. Bouillon froid, limonade vineuse.

7 *octobre*. La malade a été agitée pendant la nuit. Dans la matinée, elle a vomi du bouillon qu'elle venait de prendre. Il y a de la douleur dans les fosses iliaques. Les pertes sont toujours abondantes, mais ont perdu de leur fétidité.

Pouls à 110; température 38,2.

Onctions d'onguent napolitain belladoné et cataplasmes sur le ventre. Extrait thébaïque et injections phéniquées.

La journée se passe sans que la malade vomisse de nouveau ; les douleurs demeurent modérées.

La température du soir est à 38,4.

8 *octobre*. Nuit bonne ; la malade n'a pas vomi, bien qu'elle ait pris assez fréquemment du bouillon, et elle a pu dormir. Le ballonnement du ventre persiste avec de lègères douleurs dans les points indiqués.

Pouls à 100 ; température 37,8.

Même régime.

9 *octobre*. Le ventre est toujours ballonné, mais les douleurs ont presque entièrement disparu même à la pression.

Pouls à 80; température 37.

L'extrait thébaïque est supprimé, mais on continue soigneusement les injections vaginales.

Je permets à la malade quelques potages et des biscuits trempés dans le vin.

10 *octobre*. État satisfaisant. Pouls à 86; température 37,4.

11 *octobre*. Rien de nouveau à signaler. Le ballonnement persiste, mais il n'existe plus de douleurs. La malade se nourrit; elle prend plusieurs potages, des œufs mous. Température 37,2.

12 *octobre*. En pratiquant le toucher, pour la première fois depuis l'opération, je constate que la tumeur utérine est devenue absolument molle ; la pression détermine une sorte de crépitation gazeuse. Il m'est possible d'atteindre le lien constricteur ou plutôt le sillon profond qui marque sa place.

La malade accuse de l'inappétence, état saburral de la langue. Comme il n'y a pas eu de selle, j'ordonne 15 grammes d'huile de ricin.

13 *octobre*. Le laxatif, n'ayant produit aucun effet, doit être renouvelé. Même état saburral, mais le ventre est souple et indolent.

Pouls à 92; température à 37,8.

14 *octobre*. Selles abondantes pendant la nuit.

En pratiquant le toucher, je constate qu'il n'existe plus de tumeur dans le vagin. Je reconnais distinctement l'anse du lien élastique

encore adhérente en haut, mais l'utérus a disparu. Je m'informe alors si rien d'anormal n'a été rencontré dans les selles, mais on m'avoue que les personnes de l'entourage, incommodées par l'odeur, ont, malgré mes recommandations, jeté immédiatement les matières sans même les examiner.

16 *octobre*. Le lien élastique se détache sous une faible traction.

L'état général de la malade est excellent ; elle reprend rapidement ses forces. Les pertes vaginales, jusqu'alors fort abondantes, ont notablement diminué depuis la chute de l'utérus.

Le toucher vaginal révèle l'existence, au fond du vagin, d'un moignon dont la surface est comme déchiquetée. Le toucher rectal, combiné avec le cathétérisme, rend certaine l'absence de l'utérus dans l'hypogastre.

Dans cette même journée, la malade expulse une sorte de sac membraneux, à parois tomenteuses, et qui m'avait échappé pendant le toucher. L'état de macération de ce débris n'en permet pas l'examen histologique.

Elle se lève le 25 octobre, et quitte Bordeaux, dans les premiers jours de novembre.

Avant son départ, je pratique le toucher, et je trouve au lieu normalement occupé par le col un moignon, non plus déchiqueté, mais parfaitement lisse et arrondi. Le spéculum me fait voir que ce moignon a presque absolument la forme du col normal, et présente une sorte d'orifice.

J'ai écrit ces jours derniers à la malade pour connaître l'avenir de l'opération. J'apprends qu'elle n'a plus eu de pertes d'aucune nature, et que sa santé est excellente. Elle a cessé d'être réglée depuis l'opération.

A propos du procès-verbal.

M. Guéniot. Dans le cas que M. Delens nous a cité, à la dernière séance, l'utérus a été enlevé par suite d'une erreur de diagnostic. Or, en pareil cas, lorsqu'on a quelque doute, il faut employer l'acupuncture. En piquant le tissu de l'utérus, l'aiguille produit de la douleur et s'enfonce facilement ; au contraire, lorsqu'il s'agit d'une tumeur fibreuse, la douleur est nulle et l'aiguille pénètre difficilement. M. Poinsot avait fait cette exploration et en a retiré de bons renseignements.

M. Sée. Je ne comprends pas pourquoi M. Poinsot a appliqué d'abord la chaîne de l'écraseur sur le pédicule, et ensuite le galvano-cautère au-dessous de cette chaîne, pour creuser un sillon, dans lequel il a placé la ligature élastique.

L'écraseur est un instrument qu'il faut absolument rejeter pour faire l'ablation de l'utérus inversé, parce qu'avec cet instrument,

on risque d'ouvrir la péritoine sans que des adhérences se soient produites au niveau de la section.

M. Desprès, pense qu'il est toujours facile de reconnaître un polype de l'utérus. Les polypes sont insensibles, et l'acupuncture, indiquée par M. Guéniot, est un bon moyen de diagnostic; mais le toucher suffit à lui seul.

M. Lucas-Championnière. A l'occasion du malade dont M. Le Dentu a présenté le moule dans la dernière séance, je dirai que j'ai vu deux cas analogues. Le premier était un malade du service de M. Lister ; c'était un matelot qui avait une fracture de jambe très vicieusement consolidée. M. Lister avait réséqué le cal et était arrivé à un résultat d'une précision extrême. Le membre ne présentait plus aucune espèce de déviation. L'autre malade, que j'ai vu, il y a trois ans, avait été envoyé à Paris pour une déviation considérable du pied, à la suite d'une fracture de jambe. Il ne voulut pas se laisser opérer. Mathieu père lui fit un appareil avec lequel il marchait très bien. Cependant, malgré son appareil prothétique, il lui arriva un accident assez curieux : il se fit dans une chute une entorse qui empêcha pendant longtemps l'application de son appareil.

Tout en trouvant très ingénieuses les modifications apportées par M. Le Dentu à l'appareil de M. Collin pour le genre vulgum, et en admirant le résultat qu'il a obtenu, je crois qu'il ne faut adopter qu'avec réserve ce procédé de redressement des os. Il y a lieu de se demander, suivant moi, si, dans ces cas, la résection osseuse ne serait pas encore préférable.

M. Verneuil. Le débat est engagé entre l'ostéotomie et l'ostéoclasie. Les chirurgiens français préféreront peut-être encore pendant quelque temps ce dernier moyen. J'ai eu l'occasion de voir, au Havre, un matelot qui s'était fracturé la jambe à bord, où ne se trouvait pas de chirurgien, et qui avait eu une consolidation des plus vicieuses. Devant l'âge et la force de ce garçon, j'étais décidé à aller jusqu'au bout pour obtenir le redressement de sa jambe. J'essayai d'abord l'ostéoclasie, bien décidé à revenir à l'ostéotomie si la première méthode ne suffisait pas. J'ai employé l'appareil dont s'est servi M. Le Dentu. Je suis arrivé à casser le cal et à redresser la jambe, qui fut immobilisée dans un bandage. Au bout de quarante jours, il a pu quitter l'hôpital, et au bout de trois mois, il était guéri, sa jambe étant absolument droite. La guérison s'est maintenue depuis deux ans. Cette observation a d'ailleur été publiée.

Je pense donc que là, comme ailleurs, la grande bataille entre la chirurgie sanglante et la chirurgie qui se fait avec des appareils

n'est pas encore gagnée. Les progrès accomplis dans l'ostéoclasie rendent d'autant plus rares les indications de l'ostéotomie ; cependant il y aura toujours des cas où cette dernière seule est applicable.

M. Terrillon. L'appareil, dont M. Le Dentu s'est servi, n'est qu'une modification de l'appareil que j'ai présenté à la Société l'année dernière, présentation à propos de laquelle j'ai cherché à comparer l'ostéotomie avec l'ostéoclasie.

M. Nicaise. La légère déformation, qui persiste chez le malade de M. Le Dentu, s'est certainement produite après le redressement. Elle dépend surtout des appareils inamovibles qui ont été appliqués. Au lieu d'appliquer immédiatement, dans ces cas, un appareil plâtré, il serait préférable d'appliquer un appareil de Scultet, que l'on peut surveiller et modifier tous les jours, de manière à obtenir une conformation parfaite. Ce n'est que lorsqu'on est certain de la réduction complète, que l'on devrait appliquer le bandage plâtré.

M. Le Dentu. Les seules modifications que j'ai apportées à l'appareil de M. Collin sont le moulage du membre, l'adaptation de l'appareil à ce moulage et le pivotement de la pièce inférieure, qui est appliquée au dessus du point à rompre.

Je pense, comme M. Verneuil, qu'il faut faire la part de la chirurgie sanglante ou de l'ostéotomie dans le traitement des cals vicieux, et je suis loin de soutenir que l'ostéoclasie trouve toujours son application. Lorsque, par exemple, le cal vicieux est exubérant, il n'y a pas d'autre ressource que l'ostéotomie.

Les remarques de M. Nicaise sur le choix des appareils consécutifs sont forts importantes. J'aurais peut-être dû employer l'appareil de Scultet ; mais j'avoue qu'après avoir fait subir à un membre une opération comme celle que j'ai pratiquée, je n'oserais pas appliquer un appareil de Scultet. On éprouve une réelle appréhension au moment où se fait la fracture, et on est pressé d'immobiliser le membre. Or, je crois qu'on se met mieux à l'abri d'un déplacement secondaire avec l'appareil plâtré qu'avec l'appareil de Scultet.

M. Desprès. On ne peut laisser dire que l'appareil de Scultet rend des services que ne peut pas rendre l'appareil plâtré. Lorsque la coaptation d'une fracture est suffisamment bien faite, l'appareil plâtré est excellent pour prévenir un déplacement consécutif. Dans certaines fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, les os peuvent être écrasés, et une déformation peut survenir plus tard, quel que soit l'appareil mis en usage. Mais une déviation légère,

analogue à celle que présente le malade de M. Le Dentu, n'empêche pas de marcher.

M. Le Fort. J'ai été un peu étonné d'entendre M. Nicaise vanter l'appareil de Scultet, car cet appareil n'a jamais maintenu une fracture difficile à contenir. L'appareil plâtré est, dans tous les cas, bien préférable.

M. Nicaise. Je n'ai entendu parler de l'appareil de Scultet que dans les fractures bimalléolaires. Il arrive très souvent que, dans ces fractures, on ne peut pas faire une réduction complète. On ne peut faire la réduction que consécutivement et progressivement. Quand on applique un appareil plâtré, le déplacement peut augmenter pendant que l'appareil se solidifie.

M. Farabeuf. Ces déviations consécutives sont graves quelquefois. Un de nos confrères de la province s'est fait, il y a deux ans, une fracture bimalléolaire ; il a guéri avec une déviation du pied en dehors, et ne peut marcher que très difficilement avec une canne et des attelles d'acier fixées à sa chaussure.

Quant au moule que nous a présenté M. Le Dentu, après avoir comparé les deux membres avant et après la guérison, je ne suis pas convaincu qu'une rupture du cal ait été produite. Je crois que M. Le Dentu n'a cassé que le péroné.

M. Labbé. L'appareil plâtré est incontestablement un excellent appareil pour les fractures, avec la précaution de l'enlever et de le réappliquer au bout de 4 ou 5 jours, lorsque le gonflement du membre ayant diminué, il ne maintient plus les fragments avec assez d'exactitude. Je suis convaincu que M. Nicaise a très bien guéri ses malades avec l'appareil de Scultet ; mais il est très pénible pour les malades de les soumettre tous les jours à la manœuvre qui consiste à défaire et à refaire l'appareil de Scultet.

Il y a des fractures contre lesquelles les meilleurs appareils échouent; dans certains cas, il est absolument impossible de mettre les os en place. J'ai eu un cas de ce genre dans mon service, et le malade sera loin de me faire honneur. Il a guéri avec une déviation du pied. Cependant je l'avais endormi pour faire la réduction, qui a été tout à fait impossible. Comme nos discussions ont un grand retentissement, je ne voudrais pas que l'on réhabilitât l'appareil de Scultet pour ces fractures.

M. Le Dentu. Je suis très étonné de l'observation de M. Farabeuf. Il n'y a qu'à comparer les deux moules pour voir qu'avant le redressement, la jambe fait un angle de 45 degrés tandis qu'après le redressement, elle fait un angle de 8 degrés. Je ne sais pas au

juste ce qui s'est passé pendant le redressement, mais, ce qui est évident, c'est que le tibia est devenu tout à fait droit.

M. Sée. Il est très vrai, comme l'a dit M. Labbé, qu'il y a des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe contre lesquelles on lutte vainement pour obtenir le redressement. Dernièrement, j'ai fait tous mes efforts, après avoir endormi le malade, pour réduire une fracture de jambe, et je n'y suis pas parvenu.

M. Desprès. Je me joins à M. Labbé pour proclamer la supériorité de l'appareil plâtré sur tous les autres. Toutes les fois que, dans une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, il n'y avait pas de luxation de l'astragale, j'ai réduit et guéri mes malades avec l'appareil plâtré.

Présentation de malade

par M. Lannelongue.

Tumeur congénitale du scrotum, para-testiculaire, sur laquelle on peut faire plusieurs hypothèses, parmi lesquelles les plus probables sont celles d'une tumeur formée par les vestiges du corps de Wolf ou celle d'une inclusion scrotale.

Messieurs, j'ai l'honneur de vous prier d'examiner le petit malade que j'ai conduit dans votre salle de réunion. Je vous demande de vouloir bien m'éclairer sur la nature d'une tumeur congénitale du scrotum, que porte cet enfant, et de me fixer en même temps sur la conduite à tenir à son sujet. J'ai fait plusieurs hypothèses; l'une d'elles me paraît la plus acceptable; aussi vous demanderai-je la permission d'émettre les raisons qui plaident en sa faveur. Mais auparavant je dois vous dépeindre la physionomie de la tumeur qui se trouve dans l'observation qui suit.

Observation. Charles Conrade, enfant âgé de 2 ans, nous est conduit aujourd'hui 30 juin. Cet enfant est de belle apparence; il a été élevé à la campagne et n'a fait d'autres maladies qu'une rougeole, il y a un mois. Au dire de la grand'mère, et j'ai insisté sur le renseignement, il serait venu au monde avec des bourses très développées et paraissant contenir quelque chose d'anormal. Depuis, les bourses n'ont fait que continuer à grossir, et voici aujourd'hui l'état de cet enfant :

Le scrotum n'offre pas d'apparence bilobée; c'est une masse plissée, du volume d'un très gros œuf de poule, partant de la verge, dont la peau se trouve un peu englobée par la tumeur.

A première vue, de loin, cette masse paraît demi transparente, et on songe à une hydrocèle; mais l'examen ne tarde pas à faire rejeter cette idée. D'abord, on acquiert vite la notion que la tumeur appar-

tient au testicule gauche. En effet, en cherchant le testicule droit, on finit par le trouver accolé sur le haut de la tumeur, libre de tous rapports avec elle, très mobile, et parfaitement sain et indépendant. Le testicule gauche est, au contraire, perdu au milieu de la masse; pourtant on arrive à le prendre dans ses doigts et à reconnaître qu'il n'est pas confondu avec la tumeur. On trouve l'épididyme reconnaissable, mais celui-ci ne paraît pas libre d'adhérences avec les parties voisines. Il semble relié à la tumeur par quelques tractus.

En résumé : Testicule gauche reconnaissable, mobile dans la masse, mais ne pouvant pas en être séparé suffisamment pour le faire remonter du côté du cordon, comme si les adhérences lâches, que je viens de signaler au niveau de l'épididyme, constituaient les entraves à cette ascension.

Quant à la tumeur, elle se présente sous l'aspect d'une masse diffuse, d'apparence lipomateuse, avec cette particularité que les lobules sont petits et très lâchement unis les uns aux autres. Elle est bien limitée en haut, du côté du cordon; pourtant elle se prolonge, au niveau de ses éléments, jusqu'au voisinage de l'anneau interne du canal inguinal. Prise entre les doigts, on y trouve des épaississements comme des noyaux, du volume d'un grain de blé, des nodosités, les unes plus dures, les autres un peu plus molles, et, par ci par là, comme des cordons fibreux résistants. La peau et le dartos glissent parfaitement audevant de la tumeur. C'est une tumeur qui se trouve au-dessous de la membrane fibreuse propre commune. Elle est indolente à la pression. Elle ne présente aucune transparence à l'examen par l'éclairage et, comme je l'ai déjà dit, le testicule est placé comme au centre de la tumeur, parfaitement reconnaissable et mobile, sans qu'on puisse le séparer complètement. Le volume de cette tumeur est aujourd'hui celui d'un gros œuf; il va augmentant sensiblement depuis la naissance. Telle est, du moins, l'opinion des parents, que j'accepte, en faisant remarquer, toutefois, que cette augmentation de volume est légère.

Le canal déférent et les autres éléments de cordons sont normaux.

Tel est le fait dont il me reste à rechercher l'interprétation. Quelle est la nature de cette tumeur congénitale ? Il suffit de l'avoir vue et de connaître sa marche pour rejeter l'idée d'une tumeur maligne congénitale. Ce n'est pas non plus une tumeur formée par les restes d'une affection inflammatoire, orchite congénitale, vaginalite, ou même simplement une hydrocèle. Le testicule est normal avec son épididyme au centre de la tumeur; le cordon est sain ; et, d'autre part, cette tumeur a un caractère diffus, elle est mal limitée et remplit tout le scrotum. Aucun de ces caractères n'est conciliable avec l'hypothèse d'une affection inflammatoire. On est par suite conduit à penser que la tumeur peut être une de ces inclusions para-testiculaires, sur lesquelles le professeur Verneuil a appelé l'attention dans deux mémoires importants. Mais

n'ayant jamais vu de fait de ce genre, je serai heureux de connaître son opinion; pourtant je dois dire que la tumeur ne ressemble pas aux exemples ordinaires publiés de ces inclusions. Elle n'est pas une, et ses nombreuses petites nodosités, ses petits cordons résistants ne donnent pas l'idée des inclusions. Aussi en ai-je une autre opinion, celle que je vais vous soumettre.

Vous savez que normalement il reste annexé à l'épididyme des vestiges d'un organe important de l'embryon, le corps de Wolf. Ces vestiges, bien étudiés par Giraldes, sont encore connus sous le nom de corps de Giraldes. Ils sont disséminés autour de l'épididyme sous forme de tubes plus ou moins nombreux et assimilables au corps de Rosenmüller autour de l'ovaire. Je me demande si la tumeur, dont je parle, n'est pas constituée par une altération pathologique de ces vestiges du corps de Wolf, et ne serait pas comparable à ces *adénomes glandulaires*, qu'on trouve autour de la glande mammaire ou ailleurs. La tumeur serait, en un mot une hypertrophie des culs-de-sac et des tubes du corps de Giraldes. Les nodosités seraient probablement de petites kystes appendus à l'extrémité des tubes également transformés. On expliquerait ainsi aisément la présence des nodosités dans la tumeur, l'existence de ces petits cordons résistants qui s'y trouvent, et le caractère diffus qu'elle offre. Le siège du testicule au centre de la masse vient encore fournir une donnée nouvelle en faveur de cette hypothèse.

En terminant l'exposé de cette opinion, je ferai remarquer que la tumeur est profondément située, qu'il n'existe pas et qu'il n'y a jamais eu, depuis deux ans, d'engorgement du scrotum; en un mot, il n'y a là rien d'éléphantiasique.

Relativement à une intervention chirurgicale, je serais désireux de connaître l'avis de mes collègues. J'ai pensé, toutefois, qu'il n'y avait aucune raison pour intervenir promptement. On sera, selon toutes les probabilités, appelé à enlever cette tumeur dont le volume s'accroît, mais l'heure me paraît encore éloignée. Le moment venu cependant, le chirurgien devra faire ses efforts pour conserver le testicule, ce qui actuellement me paraît possible.

M. Després pense qu'il s'agit d'une tumeur développée dans les débris du corps de Wolf et trouve que, dans l'épididyme du côté opposé, il y a aussi quelque chose d'anormal. Quant à l'intervention, il croit qu'elle doit être retardée le plus possible, parce que, chez les enfants de cet âge, le péritoine se prolonge souvent jusque dans le scrotum, et que la section de ce prolongement rendrait l'opération plus dangereuse.

M. Lannelongue répond qu'à l'âge du petit malade, il n'y a plus de prolongement péritonéal dans le scrotum; et que la tumeur ne remonte pas jusqu'à l'anneau inguinal; que, d'ailleurs, l'ouverture d'un cul-de-sac péritonéal ne serait pas un motif pour s'abstenir, aujourd'hui que l'on possède les moyens d'éviter les accidents consécutifs à l'ouverture du péritoine.

A 5 heures la Société se forme en comité secret.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 7 juillet 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie*. — Les *Archives générales de médecine*. — Le *Lyon médical*. — Le *Bulletin de thérapeutique*. — La *Revue médicale de l'Est*. — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger*. — La *Gazette médicale de Strasbourg;*

3° Les *Annales de la Société anatomique et chirurgicale de New-York*. — Le *British medical*. — La *Gazette italienne-lombarde*. — Le *Journal d'Athènes;*

4° Une lettre de M. le Dr Forget demandant un congé de deux mois;

5° M. Duplay offre à la Société le 2e fascicule du tome VI du *Traité de pathologie externe* de Follin et Duplay.

A propos du procès-verbal.

M. Nicaise. Je n'ai pas voulu, dans la dernière séance, établir une comparaison entre l'appareil plâtré et l'appareil de Scultet, et me prononcer en faveur du second, d'une façon générale. Ce sont deux

appareils excellents qui ont chacun leurs indications, celles de l'appareil plâtré étant bien plus nombreuses.

J'ai limité mon observation au traitement de certaines fractures du cou-de-pied, qui laissent si souvent après elles une difformité plus ou moins considérable.

Quand on peut faire d'emblée une réduction complète, qui fait disparaître à la fois et la déviation du pied en dehors et l'élargissement du cou-de-pied et la saillie du talon en arrière, alors l'appareil plâtré peut être appliqué immédiatement, si les déplacements n'ont pas trop de tendance à se reproduire.

Si, au contraire, la réduction de la fracture ne peut être immédiatement complète, s'il persiste un élargissement des malléoles, il y aura avantage à ne pas appliquer de suite un appareil inamovible et à se réserver la possibilité de corriger les déplacements dans les jours qui suivront.

L'observation que nous a cité M. Sée vient à l'appui de cette opinion; la *réduction complète d'emblée* fut impossible, et l'appareil plâtré, qui fut appliqué immédiatement, a eu pour conséquence, comme dans les cas de ce genre, de rendre définitive la difformité qui persistait après la réduction. Peut-être, dans le cas de M. Sée, la *réduction progressive* eût-elle été impossible, mais il est permis de supposer que si on avait essayé de l'obtenir, le résultat eût été plus parfait. C'est ce que permet de tenter l'emploi, pendant les premiers jours, de l'appareil de Scultet.

Chez le malade que j'ai l'honneur de vous présenter, voici ce qui s'est passé.

Il s'agit d'un homme de 50 ans, cuisinier de l'hôpital de Laënnec, qui, le 20 mars 1880, tombe en descendant d'un omnibus en marche. Il se fait à droite une fracture du péroné au-dessus de l'articulation péronéo-tibiale et une fracture de la malléole interne. Le pied était très fortement déjeté en dehors en valgus traumatique et la peau était extrêmement tendue au niveau de l'extrémité du tibia. Après réduction de ce déplacement, le cou-de-pied restait élargi et le talon plus saillant en arrière. Je ne pus obtenir une *réduction complète d'emblée ;* je voulus alors tenter la *réduction progressive.*

Comme l'accident remontait seulement à quelques heures, lorsque je vis le malade, je ne voulus pas exercer de compression circulaire sur le membre, dans la crainte du gonflement. Le membre fut placé dans une gouttière, le pied fixé à la pédale; des coussins recouverts d'attelles furent placés sur le tibia et sur la face externe du cou-de-pied, le tout fut maintenu par des lacs bouclés.

Les jours suivants, l'appareil fut vérifié.

Le 4e jour, le gonflement diminuant, je me propose d'appliquer un appareil inamovible ; mais il persiste encore de la difformité du cou-de-pied, malgré de nouvelles tentatives de réduction. Le membre est alors placé dans un appareil de Scultet, dans le but d'obtenir une réduction progressive par une pression continue d'avant en arrière sur le tibia et par une pression bilatérale sur le cou-de-pied obtenue à l'aide de petits coussins appropriés. Les pressions furent maintenues bien égales ; l'appareil fut replacé deux fois.

Le 13e jour, la conformation du cou-de-pied paraît régulière ; j'applique la gouttière plâtrée d'Hergott.

Le 45e jour, l'appareil platré est enlevé. La conformation de la région est bonne, mais le cal est encore flexible. Un second appareil est appliqué et laissé jusqu'au 60e jour. A ce moment la consolidation est faite et le cou-de-pied a sa forme normale. Il y a peu de raideur articulaire.

J'ai employé plusieurs fois la même méthode dans des cas analogues, et j'ai obtenu une réduction progressive plus complète que la réduction d'emblée.

J'ajouterai qu'àla suite de ces fractures, il y aurait souvent avantage à faire porter au malade un brodequin spécial qui soutienne le cou-de-pied.

M. Polaillon. Les remarques, qui ont été faites par MM. Labbé et Sée sur l'impossibilité de la réduction de certaines fractures de l'extrémité inférieure de la jambe avec déplacement du pied en dehors, sont confirmées par l'observation suivante et la pièce anatomique que je vais mettre sous les yeux de la Société.

Une femme de 58 ans, d'apparence assez vigoureuse, malgré quelques antécédents alcooliques et un léger souffle mitral, entre le 11 février dans mon service de la Pitié. La veille, en tirant sur son pied droit avec les mains pour ôter sa bottine, elle s'était *tourné* le pied en dehors.

Je constate une fracture du péroné, avec coup de hache, à deux travers de doigt au-dessus de la malléole externe ; une saillie très prononcée de la malléole interne et une luxation du pied en dehors.

Comme la réduction du déplacement était impossible, j'endors complètement la malade avec du chloroforme. Je fais alors des efforts considérables pour replacer le pied dans l'axe de la jambe, mais mes tentatives sont inutiles et la déformation persiste.

Dans l'espérance que la réduction pourra s'obtenir progressivement, j'applique l'appareil de Dupuytren pour la fracture du péroné avec déplacement du pied en dehors.

Au bout de dix jours, je dus enlever cet appareil, parce que la malade

souffrait et parce que la peau, distendue et amincie, qui recouvrait la molléole interne, s'était gangrenée.

A ce moment, le pied n'avait plus de tendance à se déplacer en dehors et il me semblait que la réduction avait fait de notables progrès. Je plaçai le membre dans un appareil ouaté, et je le maintins dans l'immobilité avec une attelle.

A la suite de l'élimination de l'escarre, la maléole interne fut mise à nu.

Bien que cette plaie fût pansée avec soin avec des compresses imbibées d'eau phéniquée, elle fut le point de départ de deux érysipèles. Le premier, survenu spontanément le 6 mars, fut léger. Mais le second, contracté, le 3 juin, d'une voisine qui avait un érysipèle grave, acquit rapidement les caractères les plus sérieux : vomissements, frissons intenses, albuminurie, délire, adynamie profonde, congestion pulmonaire considérable.

La mort, survenue le 8 juin, nous a permis de faire l'autopsie du pied qui avait été le siège de la lésion.

L'astragale a conservé ses rapports avec le calcanéum et le reste du pied; mais il est déplacé en dehors par rapport à l'axe de la jambe. La malléole externe a été brisée. Le trait de la fracture, dirigée de haut en bas et d'arrière en avant, commence à 5 centimètres au-dessus de l'extrémité inférieure de la malléole et se termine en avant à 2 centimètre au-dessus d'elle. Cette malléole, qui a conservé ses rapports avec la facette articulaire externe de l'astragale, est portée à 2 centimètres en dehors de l'axe du péroné. En haut, elle se rapproche du fragment supérieur auquel elle est reliée par une sorte de pont osseux, développé sans doute aux dépens d'une bande de périoste décollé à ce niveau. C'est en ce point que l'on sentait la déformation en coup de hache. Les deux fragments du péroné forment donc un angle aigu ouvert en bas, dans lequel le bord externe de la poulie astragalienne est venue se loger. L'astragale, en effet, a complètement abandonné la facette articulaire du tibia ; il a été lancé en dehors et aussi un peu en arrière, de manière à ce que sa poulie se trouve en contact avec le fragment supérieur du péroné.

En dedans, la face articulaire du tibia est libre, son bord externe est en contact avec la face interne de l'astragale. En outre, de la face postérieure de l'extrémité inférieure du tibia on voit partir un pont osseux transversal qui s'attache en dehors sur la malléole externe et va consolider la nouvelle articulation. (Cette observation a été communiquée *in extenso* par M. Chantemesse, interne des hôpitaux, à la séance du 18 juin de la Société anatomique.)

L'amélioration que j'ai obtenue dans la conformation du membre sous l'influence de l'appareil de Dupuytren tenait à une sorte de renversement du pied en dedans. Cette amélioration était telle, que le pied semblait être notablement revenu dans l'axe de la jambe, et que je ne doutais pas que la malade ne pût marcher très commodément lorsqu'elle aurait été guérie. Mais cette réduction n'était

évidemment qu'apparente, comme le prouve la pièce que je viens de mettre sous vos yeux. Il aurait fallu, pendant le sommeil anesthésique, faire des tractions avec un appareil mécanique autrement puissantes que celles que nous pouvions développer avec nos efforts et ceux de nos aides.

M. Le Dentu. Les observations de M. Farabeuf m'engagent à remettre sous les yeux de la Société les deux moules de mon opéré, l'un représentant la jambe avant l'opération, l'autre après celle-ci. En mesurant la distance qu'il y a entre une tige droite placée sur le côté externe du pied et de la jambe et le sommet de l'angle formé par les deux os, on voit quelle différence considérable existe entre le moule de la jambe redressée et celui de la jambe avant l'opération. D'ailleurs, le malade ne pouvait pas marcher avant le redressement, après celui-ci il marchait facilement. Je crois donc pouvoir me féliciter du résultat que j'ai obtenu.

M. Desprès. J'ai défendu dans la dernière séance l'appareil plâtré contre l'appareil de Scultet, et je maintiens ce que j'ai dit relativement à la supériorité du premier.

Je demande à éliminer de la discussion le fait de M. Polaillon, car c'est une luxation du pied en dehors, laquelle existe toujours avec une fracture du péroné. J'affirme qu'on peut toujours réduire avec le chloroforme les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, lorsqu'il n'y a pas de luxation du pied. Je puis montrer trois malades, qui ont été traités dans mon service pour des fractures avec déplacement, et qui ont été guéris à l'aide des attelles plâtrées.

Je ne saurais trop condamner l'appareil de Dupuytren pour les fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, appareil auquel M. Richet donne encore la préférence. Jamais on ne remettra une jambe dans une bonne position avec l'appareil de Dupuytren, à moins de le changer deux fois par jour.

M. Polaillon. L'appareil de Dupuytren n'est pas sans inconvénient ; mais, dans le cas que j'ai cité, son emploi était tout à fait indiqué. C'est précisément pour ces cas de fracture du péroné avec luxation du pied en dehors qu'il a été inventé et qu'il peut rendre des services. Et, en effet, il m'a donné ce résultat de ramener sensiblement le pied vers l'axe de la jambe. Quant à son application, elle a été faite suivant les règles. L'escarre s'est produite malgré une couche de coton qui protégeait la malléole interne.

M. Sée. Je proteste contre l'affirmation de M. Desprès, qui prétend que l'on peut *toujours* réduire les fractures de l'extrémité inférieure des os de la jambe. Je ne suis pas comme ces chirur-

giens qui réussissent *toujours*. Je déclare que, dans certains cas, je n'ai pu obtenir le moindre redressement, malgré tous mes efforts. Par conséquent, je persiste à dire qu'il y a des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe qu'on ne peut pas réduire.

M. Marjolin. Je n'accepte pas le blâme porté par M. Desprès contre l'appareil de Dupuytren. J'ai vu plusieurs fois cet appareil donner des succès soit chez les adultes soit chez les enfants. Mais il est évident qu'il ne peut pas réduire des fractures compliquées. Il n'est pas facile à appliquer ni à maintenir en bon état. Il a pourtant ses indications, et M. Desprès va trop loin quand il veut nous priver de cette ressource.

M. Desprès. Le principal défaut de l'appareil de Dupuytren est de prendre un point d'appui sur le pied, organe mobile par excellence. Jamais cet appareil ne peut tenir.

M. Trélat. Il me semble qu'il y a une pétition de principe dans l'argumentation de M. Desprès. Je ne conteste pas les avantages des appareils plâtrés dans le cas d'une fracture bien réduite. Mais si vous n'avez pas pu réduire, mettrez-vous un appareil plâtré? — Non. — Lorsque le chirurgien se trouve dans l'impossibilité de réduire une fracture de l'extrémité inférieure de la jambe, que faut-il faire? Il faut chercher à remplir les indications: employer le chloroforme, faire des sections tendineuses, combiner des pressions variées. Si l'on n'a rien de mieux que les appareils de Scultet ou de Dupuytren, mieux vaut encore y recourir que d'appliquer un appareil plâtré sur une fracture avec déformation. Nous discutons donc sur deux questions absolument différentes, et le débat ne saurait se prolonger dans ces conditions. Il faut, avant tout, distinguer les cas et poser les indications.

M. Desprès répond que, lorsqu'on a affaire à une fracture de la partie inférieure de la jambe, on doit toujours réduire et appliquer un appareil plâtré; et que, lorsqu'il s'agit d'une luxation du pied, les tractions avec le caoutchouc et les appareils mécaniques pour la réduction valent mieux que l'appareil de Dupuytren.

Élection d'un membre titulaire.

La commission classe les candidats dans l'ordre suivant :

1re ligne, M. Charles Monod.

2e ligne *ex æquo*, MM. Pozzi et Chauvel.

3e ligne *ex æquo*, MM. Marchand et Blum.

Sur 27 votants, M. Charles Monod obtient 26 voix au premier tour de scrutin; M. Marchand obtient 1 voix.

En conséquence, M. le président proclame M. Charles Monod membre titulaire de la Société de chirurgie.

La Société décide qu'elle ne tiendra pas séance le 14 juillet, jour de la fête nationale.

Rapport

sur une communication de M. le Dr Burq intitulée : *La métallothérapie en chirurgie*,

par M. Berger.

Sous ce titre, M. le Dr Burq est venu nous lire quelques considérations sur une observation qui, pour confirmer un fait bien connu des chirurgiens, n'en est pas moins intéressant à retenir.

Il s'agissait d'un homme, de 72 ans environ, atteint depuis plus de dix ans de diabète, et chez lequel une double cataracte diabétique s'était développée dans l'espace de quatre ou cinq années. Aucun traitement régulier contre l'affection générale n'avait été suivi, lorsqu'en 1865 l'œil gauche fut opéré par M. Liebreich; à ce moment, il y avait de 35 à 40 grammes de sucre par litre. La plaie de la cornée, dit M. Burq, fut longue à se fermer, une cataracte secondaire survint et l'œil fut irrémédiablement perdu.

A partir de ce moment, un traitement général rigoureux fut adopté, et, sur le conseil de M. Burq, l'eau de la source Lardy fut administrée à une dose qui n'est pas mentionnée. Sous l'influence de ces soins, la quantité des urines tomba de 3 litres 1/2 à 2, la proportion du sucre à 20 0/00 environ; les forces se relevèrent.

En février 1867, M. Liebreich pratiqua l'extraction de la cataracte de l'œil droit, cette fois sans iridectomie. Les suites de cette opération furent des plus heureuses et quelques semaines après le malade pouvait lire avec des verres.

Le reste de l'observation ne nous intéresse plus au même titre : le

malade négligea son traitement, puis, la glycosurie redoublant, il se décida à faire une saison à Vichy, où il fréquenta surtout les sources de l'Hôpital et de la Grande-Grille. L'usage de ces eaux n'ayant pas produit d'amélioration, celles du puits Lardy furent mises de nouveau à contribution avec succès. Depuis lors, le malade ne présenta plus aucune des complications dont s'entoure le diabète, et put atteindre l'âge avancé de 85 ans.

Cette histoire confirme ce que nous savons du pronostic de l'opération des cataractes chez les diabétiques : c'est une notion presque banale aujourd'hui, que toute tentative opératoire doit être différée tant que le malade est véritablement dyscrasique, et que l'on doit attendre, pour intervenir, la diminution de la glycosurie et la réparation des forces, sous l'influence d'un traitement général bien entendu.

Mais vous vous demanderez avec moi quelle preuve cette observation, ajoutée à tant d'autres semblables, apporte à l'appui de l'efficacité de la métallothérapie appliquée aux affections chirurgicales ? La réussite de la deuxième opération de cataracte a été obtenue grâce à la reconstitution du malade et à la diminution du diabète, et ces conditions favorables elles-mêmes ont été dues à l'action de la source Lardy. Or, la source Lardy contient du fer, métal pour lequel l'opéré possédait *la plus grande sensibilité*. Vous trouverez peut-être que c'est étendre beaucoup le champ de la métallothérapie que d'attribuer à cette méthode thérapeutique tous les résultats de la médication ferrugineuse ; mais il me semble que la Société ne saurait entrer dans la discussion de cet ordre de considérations. Quel que soit le moyen par lequel M. Burq a obtenu l'amélioration de la santé générale de son malade, ce moyen, dirigé contre le diabète et la cachexie diabétique, ressort de la thérapeutique médicale, et nous ne sommes compétent pour appécier ni son efficacité réelle ni son mode d'action. Nous ne pouvons donc examiner les conclusions de M. le docteur Burq, conclusions dans lesquelles il croit établir qu'un malade diabétique étant à opérer, il faut d'abord chercher, à l'aide du thermomètre, de l'esthésiomètre et du dynamomètre quel est le métal auquel il est sensible, et, ce point élucidé, lui administrer ce métal jusqu'à ce que la chaleur, les forces musculaires, la sensibilité soient redevenues normales. Ce sont là, nous le répétons, des questions de traitement médical auxquelles les chirurgiens peuvent s'intéresser, mais qui ne sauraient occuper les moments d'une Société dont les travaux doivent exclusivement se borner à la chirurgie et à la thérapeutique chirurgicale.

En conséquence, et considérant l'intérêt réel que présente l'ob-

servation communiquée par M. Burq, je vous propose, laissant de côté la métallothérapie et son appréciation, de déposer aux archives le mémoire qui vous a été lu et d'adresser des remerciements à son auteur.

Ces conclusions sont mises aux voies et adoptées.

Communication.

Sur la luxation congénitale du genou,

Par M. Guéniot.

Par une singulière coïncidence, j'ai observé dans ces derniers temps deux exemples d'une même luxation, certainement des plus rares : je veux parler de la luxation congénitale du tibia en avant. Dans les deux cas, il s'agissait d'enfants qui présentèrent à leur naissance un déplacement tel de la jambe, que celle-ci formait avec la cuisse un angle de flexion *en avant*, c'est-à-dire, dans le sens de l'extension. La face antérieure de la jambe correspondait ainsi à la face antérieure de la cuisse, et les mouvements spontanés du membre ne faisaient qu'accentuer encore cette flexion anormale. La difformité, qui en résultait, se montrait si choquante et si bizarre que mon premier sentiment fut de croire à une lésion fort grave de l'articulation. Comme on va le voir, cependant, il n'en était rien, Aussi, le pronostic tout à fait bénin de cette luxation ne me semble-t-il pas un des traits les moins instructifs de son histoire.

Obs. I. — Le 14 juin 1876, j'assistais dans son deuxième accouchement Mme G..., âgée d'environ 27 ans, femme d'un sous-intendant militaire et cliente du professeur Laboulbène. Le travail, après s'être annoncé, dès le début de la journée, par quelques légères douleurs, ne s'était réellement accentué qu'à partir de 10 heures du matin. A 11 heures 3/4, la dilatation étant complète, je rompis les membranes, et un quart d'heure plus tard — à midi — l'enfant était expulsé sans difficulté en première position du crâne.

J'avais été frappé, pendant cette expulsion, d'un fait insolite : à peine la tête était-elle dégagée, qu'un pied — le pied droit — se montrait en même temps que le cou à la vulve. Le tronc, toutefois, fut lui-même promptement chassé des parties maternelles, pendant que le pied procident restait comme accroché à l'épaule. L'enfant, petite fille bien vive, d'environ six livres, m'offrit alors les particularités suivantes :

Le membre inférieur droit était le siège d'une déformation considérable, caractérisée par la flexion de la jambe sur la cuisse dans un sens opposé à la flexion naturelle, c'est-à-dire, dans le sens de l'extension. La face antérieure de la jambe correspondait à la face antérieure de la cuisse, et la rotule représentait le sommet de l'angle rentrant formé par les deux segments du membre. Le creux du jarret n'existait

plus et se trouvait remplacé par une saillie osseuse. Les mouvements exécutés par l'enfant accentuaient encore cette disposition vicieuse, en augmentant la flexion anormale et le déplacement des surfaces articulaires. Si, pour rendre visible le sommet de l'angle, on écartait la jambe de la face antérieure de la cuisse, on apercevait dans la région rotulienne plusieurs plis transversaux et profonds, qui indiquaient que la disjonction des os n'était pas toute récente. Du reste, il n'existait dans le membre malade aucune trace de paralysie, ni d'atrophie. A part la luxation, l'enfant était bien conformée.

Comme renseignements étiologiques, je noterai que, vers le milieu du cinquième mois de sa grossesse, Mme G... avait été atteinte d'une rougeole grave, qui l'avait retenue malade ou convalescente pendant sept semaines. De plus, les mouvements de l'enfant avaient été très violents et souvent douloureux sur la fin de la grossesse.

Après un examen sommaire de la difformité dont je viens de parler, préoccupé de ses conséquences possibles et de l'impression douloureuse que pouvait en ressentir l'accouchée, je me hâtai de faire une tentative de réduction. Quelle ne fut pas ma surprise, en voyant que, par un léger effort, je parvenais à restituer la jambe dans ses rapports normaux! Les contractions musculaires tendaient bien à reproduire la lésion, mais on pouvait aisément s'opposer à cette reproduction.

La réduction opérée, je recommandai de serrer le maillot en accolant les deux membres inférieurs très étroitement l'un à l'autre, et à l'aide de cette simple précaution, qui fut prise avec rigueur pendant les premiers jours, la tendance aux récidives disparut promptement. Dès le troisième jour, elle se trouvait déjà très atténuée, et l'enfant pouvait exécuter quelques petits mouvements dans le sens de la flexion normale. La douleur et le gonflement léger, qui s'étaient manifestés à la suite de la réduction, étaient aussi en grande voie de diminution.

Le 30 juin, c'est-à-dire au seizième jour de la naissance, la guérison pouvait être considérée comme acquise. Loin d'être atrophié, le membre semblait plutôt d'un volume un peu supérieur à celui de son congénère, et les divers mouvements de la jambe paraissaient presque aussi libres et aussi étendus que ceux du côté opposé. Enfin, revue au bout d'un an, l'enfant ne paraissait plus se ressentir en rien de sa difformité originelle.

Obs. II. — Le 9 janvier 1880, Mme X..., 27 ans, primipare, demeurant rue des Beaux-Arts, fut prise, trois semaines avant terme, des douleurs de l'accouchement. Depuis quinze jours, elle souffrait d'une grippe assez violente, qui probablement fut la cause déterminante de ce travail prématuré.

A 10 heures du matin, les membranes s'étant rompues, il s'écoula tout à coup plus d'un verre de liquide. A 11 heures 1/2, j'arrivai près de la patiente; la dilatation était complète et le crâne, en position régulière, atteignait déjà le périnée. Malgré ces bonnes apparences, deux heures plus tard les choses restaient, pour ainsi dire, au même point, et je me voyais forcé d'en finir par une application de forceps. L'opération fut, d'ailleurs, des plus faciles.

L'enfant était une fille très délicate, du poids de cinq livres à peine, et dont les deux jambes se trouvaient comme ligaturées par le cordon ombilical. Celui-ci, en effet, formait un nœud assez serré autour de la jambe droite et passait, en simple anneau, autour de la jambe gauche. Déjà très court naturellement[1], les flexuosités qu'il présentait au contact des jambes, augmentaient encore sa brièveté. Aussi est-il probable que l'insuffisance des contractions, pendant la période finale de l'accouchement, ne reconnaissait pas d'autre cause que cette brièveté excessive.

Quoi qu'il en soit, la jambe droite, ainsi serrée par le cordon, se trouvait retenue dans une position tout à fait anormale, position qui persista, comme on va le voir, après le complet dégagement du membre. Cette jambe, en effet, se présentait dans un état prononcé de flexion sur la face antérieure de la cuisse. Elle avait, en outre, subi une légère torsion qui portait le pied en dedans avec rotation de la pointe en dehors. Le creux du jarret se trouvait remplacé par une saillie et les téguments de la région étaient le siège d'une forte tension. Au niveau de la rotule, dans l'angle rentrant formé par la jonction de la jambe et de la cuisse, se remarquaient trois plis de flexion assez profonds et séparés l'un de l'autre par un intervalle d'un centimètre. Il n'existait ni atrophie, ni paralysie ; la douleur semblait également nulle, car l'enfant exécutait des mouvements assez étendus, qui donnaient au membre un attitude étrange et accentuaient encore la flexion anormale.

Ne voulant pas prolonger davantage cet examen, qui était fait en présence du père de l'enfant, je tentai aussitôt de rectifier la difformité. Saisissant avec une main la partie supérieure de la jambe, pendant qu'avec l'autre j'immobilisais la cuisse, j'exerçai une légère traction, puis un mouvement d'abaissement et de détorsion sur le segment luxé ; mais tout ce que je pus obtenir ainsi fut de ramener la jambe dans l'axe de la cuisse. Quand je voulus dépasser la ligne droite, je sentis une résistance que je n'osai vaincre, ayant conscience que, pour fléchir la jambe, il me faudrait user d'une pression dangereuse. Conséquemment, je m'en tins là, me réservant de tenter plus tard, s'il était nécessaire, une nouvelle manœuvre. Comme dans le premier cas que j'ai relaté, il fut recommandé à la garde de serrer le maillot avec une attention spéciale, de façon à maintenir la demi-réduction obtenue.

Le lendemain, je trouvai le genou tuméfié et douloureux; la jambe était demi-fléchie et ses mouvements spontanés presque nuls ; j'appris en même temps que la garde, dépassant mes instructions, avait exercé sur elle des pressions répétées en vue de la fléchir. Je prescrivis des cataplasmes en permanence sur la région malade et recommandai expressément de ne pas renouveler les manipulations de la veille.

Le 11, la flexion est un peu plus prononcée, le gonflement du genou

[1] Après la délivrance, je pus m'assurer que sa longueur totale n'excédait pas 35 centimètres.

a diminué et la jambe exécute quelques mouvements spontanés. L'enfant, malgré sa petitesse, tette assez bien et fait preuve d'une vitalité suffisante.

Le 14, les mouvements de flexion et d'extension de la jambe sont devenus très étendus; la tuméfaction articulaire a presque disparu et la douleur n'y paraît plus évidente.

Le 17 janvier (8e jour de la naissance), la guérison est à peu près complète : l'articulation a repris son caractère physiologique ; la tuméfaction et les plis de flexion anormale ont disparu ; les mouvements spontanés ont recouvré toute leur ampleur. Il ne reste plus qu'un peu de renversement de la jambe sur sa face externe en même temps qu'une certaine persistance de la déviation de la pointe du pied en dehors. L'enfant, du reste, commence à prospérer manifestement.

Enfin, le 26 janvier (17e jour), le membre a complètement recouvré et ses fonctions et son aspect normal; on n'y constate ni atrophie, ni paralysie; les mouvements y sont libres, étendus et non douloureux.

Le 8 avril — à trois mois d'âge — j'ai revu une dernière fois l'enfant, qui était en pleine prospérité. La luxation me parut si parfaitement guérie qu'il eût été impossible de reconnaître, à la seule inspection des membres, lequel avait été affecté de cette lésion.

La difformité, constatée dans ces deux cas, ne permet pas de mettre en doute l'existence d'une luxation du tibia en avant. Mais cette luxation était-elle complète? Je ne le pense pas. La surface articulaire du fémur présente trop d'étendue pour qu'on puisse admettre que celle du tibia l'avait entièrement abandonnée. D'ailleurs, la facilité avec laquelle s'effectua la réduction témoigne dans le même sens. J'en dirai autant d'un fait consigné dans l'*Atlas* de Cruveilhier, et qui représente une luxation de même ordre observée sur un fœtus monstrueux. L'examen nécroscopique démontra qu'il s'agissait d'une luxation incomplète ou « diastasis congénial du genou ».

Les exemples de ce genre paraissent être si exceptionnels que je n'ai pu en réunir que sept, en dehors des deux observations qui me sont propres; et encore, dans ce nombre, en est-il trois qui, appartenant à des fœtus monstrueux, ne se rattachent qu'imparfaitement au sujet. Il est vrai que, limitant cette étude aux seuls cas de luxation en avant, j'ai dû écarter ceux — plus rares encore — de luxation, soit en arrière, comme Chaussier en rapporte un exemple[1], soit dans le sens latéral, ainsi que M. J. Guérin en décrit un autre[2].

[1] Voir Robert. *Thèse de concours*, 1851; in-8°, p. 5. « Les deux genoux, y est-il dit, se trouvaient luxés en arrière, c'est-à-dire que l'extrémité du tibia correspondait à la face poplitée du fémur. »

[2] J. Guérin. *Œuvres;* Paris, 1880; 1re livraison, obs. 8, p. 157. « La

Voici l'exposé sommaire des sept exemples auxquels je viens de faire allusion :

Obs. III. — En 1821, Châtelain, médecin suisse, publia l'observation d'une petite fille, née spontanément par le sommet, chez laquelle la jambe gauche se trouvait complètement fléchie sur la face antérieure de la cuisse. Cette luxation, très facilement réduite, se reproduisait dès que l'on abandonnait le membre à lui-même. Pour maintenir les os dans leurs rapports normaux, un bandage, composé de trois attelles de fer-blanc, fut appliqué et renouvelé tous les deux ou trois jours. Aux deux premiers pansements, la jambe jouissant d'un peu de liberté, la luxation se reproduisit encore par la seule contraction des muscles extenseurs. L'appareil fut enlevé le 15e jour, et, dès le 23e, la guérison était complète. L'auteur, qui suivit l'enfant au delà de sa première année, ajoute : « La petite fille marche depuis plusieurs mois aussi bien que tout autre enfant de son âge [1]. »

Obs. IV. — Bard a communiqué un fait semblable au *Boston medical and surgical Journal*, numéro du 26 novembre 1834. L'enfant, qui était né spontanément, avait la jambe fortement fléchie sur la face antérieure de la cuisse; la plante du pied regardait directement en avant, et les orteils étaient dirigés vers la face. En tirant doucement sur la jambe et l'inclinant dans le sens de la flexion naturelle, il put lui restituer aisément sa position normale; mais, abandonnée à elle-même, elle reprenait aussitôt sa situation vicieuse. Ces mouvements ne paraissaient d'ailleurs provoquer aucune douleur. On maintint le membre réduit à l'aide d'un bandage, qui fut enlevé au bout de peu de jours, et la guérison fut ainsi promptement obtenue. Lorsque l'enfant commença à marcher, on ne pouvait plus trouver aucune différence entre les deux jambes [2].

Obs. V. — Le *Journal de Dieffenbach* (octobre 1837) renferme une autre observation, due à Kluberg (de Kœnisberg), et dont on trouve la traduction dans une thèse de Sanson. Il s'agit, dans ce cas, d'une petite fille dont la mère s'était violemment heurté le bas-ventre contre un lit, deux mois avant d'accoucher. La jambe était fléchie sur la face antérieure de la cuisse, dans le sens de l'extension. Une fois réduite, la luxation conservait une grande tendance à reparaître. Aussi, afin de prévenir sa reproduction, un lien fut appliqué, le 5e jour, autour de la cuisse et de la jambe préalablement fléchie dans son vrai sens. La guérison fut rapidement obtenue, et l'enfant se servit plus tard de son

jambe gauche présente une luxation en dedans et un peu en arrière, de sorte que le condyle interne du tibia et le condyle externe du fémur sont libres et que toute l'articulation se borne au rapport du condyle externe du tibia avec le condyle interne du fémur. »

[1] Châtelain. *Bibliothèque médicale*, t. LXXV, p. 103.

[2] *American Journal of the med. Sciences*, 1835, tome XV, 2e partie, p. 555.

membre aussi bien que s'il n'eût jamais été affecté d'un déplacement articulaire [1].

Obs. VI. — Le docteur Motte, de Dinant (Belgique), a publié, en 1875, la relation d'un fait presque de tous points semblable aux précédents. L'enfant, né spontanément par le sommet, avait la jambe gauche fléchie sur le devant de la cuisse; le talon, tourné en dehors, touchait l'épaule correspondante. Cette flexion anormale, quoique très prononcée, pouvait être encore aisément augmentée. La rotule occupait le fond du sinus accidentellement formé, et, à son niveau, on remarquait deux plis transversaux chargés de matière sébacée. Dans le point correspondant au creux poplité, il existait une saillie superficielle, d'apparence cubique et mobile sous les doigts; les mouvements qu'on lui imprimait se transmettaient à l'ensemble de la jambe elle-même. « J'avais donc affaire, dit l'auteur, à l'extrémité supérieure du tibia, et la grande mobilité de cet os m'avait fait croire un instant au décollement de son épiphyse. »

Réduction facile de la luxation qui, sous la seule influence des contractions musculaires, n'offre pas de tendance à se reproduire. Mais, par contre, le déplacement se renouvelle dès que l'on tend à ramener la jambe dans sa situation vicieuse. Ce fait est constaté à plusieurs reprises.

Un coussinet triangulaire ayant été placé dans le creux du jarret, y fut maintenu à l'aide d'une bande, tandis qu'une feuille de taffetas gommé devait protéger l'appareil contre les déjections. Le lendemain, léger gonflement qui, 24 heures plus tard, a déjà disparu. Au bout de 15 jours, le membre est abandonné à lui-même et la guérison se maintient. Enfin, l'enfant ayant été revu à l'âge de trois ans, il ne présentait ni dans la marche, ni dans la formo de sa jambe, aucune particularité qui pût faire supposer l'existence antérieure d'une telle affection [2].

Obs. VII. — Le cas de Cruveilhier, dont j'ai déjà parlé plus haut, avait été présenté à la Société anatomique par M. Monod, et provenait de la collection de la Maternité. Le fœtus, né à terme, mais peu développé, se trouvait affecté de mains et de pieds-bots, d'une luxation congénitale des fémurs, d'une conformation vicieuse du rectum, qui s'ouvrait dans la vessie et, enfin, d'une luxation incomplète du tibia en avant [3].

Obs. VIII. — Bouvier a relaté un fait très analogue au précédent Il s'agissait d'un fœtus de sept mois atteint de vices de conformation multiples. Les deux jambes étaient, en outre, légèrement fléchies sur

[1] Alph. Sanson. *Des luxat. congénitales et des méthodes, etc.; Thèse de concours*, 1841, p. 35.

[2] Motte. *Chirurgie infantile;* mém. publié *in Bull. de l'Acad. royale de méd. de Belgique*, tome X, 3e série, n° 2.

[3] Cruveilhier. *Atlas d'Anatom. patholog.;* 2e livraison, 2e planche.

la face antérieure des cuisses, et on ne pouvait que difficilement les ramener à un faible degré de flexion normale[1].

Obs. IX. — Un autre cas de M. J. Guérin concerne également un fœtus monstrueux, d'environ six mois, chez lequel existait un grand nombre de difformités. Les deux jambes, fléchies en avant, formaient avec les cuisses un angle de 110 degrés. A droite comme à gauche, la surface articulaire du tibia correspondait à la face antérieure des condyles du fémur, tandis que la face postérieure des mêmes condyles était libre et placée dans le même plan que la face postérieure de la jambe. Il n'existait d'ailleurs ni torsion, ni aucun déplacement latéral dans cette articulation. La rotule se trouvait remontée un peu plus haut que le quart inférieur du fémur, par conséquent, elle était elle-même luxée (luxation en haut).

Tandis que la face supérieure du tibia n'offrait absolument rien de remarquable, les condyles du fémur présentaient, antérieurement, une surface concave, espèce de dépression occasionnée par la pression du tibia[2].

D'après l'exposé qui précède, on voit que la luxation congénitale du genou se rencontre dans deux conditions très différentes. Tantôt elle affecte des enfants sains, vivaces et d'ailleurs bien conformés ; tantôt, au contraire, elle coexiste avec des vices de conformation multiples ou des lésions incompatibles avec la persistance de la vie. Cette dernière variété n'est guère comparable à la première qu'au double point de vue de l'anatomie pathologique et de l'étiologie, lesquelles peuvent en tirer quelque lumière. C'est à ce titre surtout qu'il m'a paru bon de ne pas omettre les faits de Cruveilhier, de Bouvier et de J. Guérin, malgré les dissemblances profondes qui les séparent des premiers au point de vue clinique.

On peut remarquer, en effet, que les cas de Châtelain, de Bard, de Kluberg, de Motte et les deux miens forment un groupe parfaitement homogène, dans lequel chaque observation présente les mêmes particularités fondamentales. Dans tous ces cas, il s'agit d'enfants vivants, nés spontanément ou sans aucune violence; seule, la petite fille de ma seconde observation dût être extraite à l'aide du forceps. Chez tous, la flexion anormale de la jambe sur

[1] Bouvier. *Bull. de l'Académie de médecine*, 1837 ; t. II, p. 701.

[2] J. Guérin. *Œuvres*; gr. in-8° avec atlas ; 1re livraison, 1880, p. 43.
— Peut-être convient-il d'ajouter à cette série de faits le cas suivant qui fut communiqué, le 13 décembre 1876, à la Société pathologique de New-York, et dont je trouve la mention suivante *in New-York med. Journ.*, 1876, p. 68 : « Luxation congénitale. » Le docteur Mason présente un exemple de ce genre, recueilli sur un petit mulâtre qui était mort un mois après sa naissance. La pièce anatomique fait voir que le tibia est en état de luxation congénitale, mais avec réduction facile. » La désignation est ici précise , seulement les détails font tellement défaut qu'il est impossible de savoir s'il s'agissait d'une luxation en avant.

la face antérieure de la cuisse se trouvait plus ou moins accusée. Cette flexion, le plus souvent directe, parfois accompagnée d'une légère rotation en dehors (obs. 2), ou en dedans (obs. 6), pouvait être encore facilement augmentée par la contraction des muscles extenseurs. Au lieu d'une dépression, le jarret présentait une saillie osseuse (saillie tibio-fémorale) sur laquelle les téguments étaient tendus et lisses, tandis que, dans la région rotulienne, on voyait une disposition toute contraire, c'est-à-dire, un sinus profond avec des plis de flexion très prononcés.

Les muscles extenseurs, devenus fléchisseurs, étaient faiblement rétractés ; ils n'opposaient toutefois à la réduction qu'une très minime résistance. Par contre, les fléchisseurs naturels, légèrement allongés et affaiblis ne suffisaient pas à maintenir le tibia dans ses rapports normaux ; aussi, la tendance de l'os à reprendre sa situation vicieuse est-elle presque toujours signalée. Dans tous ces cas, il n'existait aucune trace de contusion ou d'une violence quelconque. La douleur était légère ou nulle et les muscles paraissaient complètement exempts d'atrophie.

Par cet ensemble de symptômes, comme par le recouvrement facile et prompt de toutes les fonctions du membre après la réduction, la variété de luxation,dont il s'agit,s'écarte donc sensiblement des luxations ordinaires de naissance, telles que celles de la hanche, ou celles du carpe et du tarse dans les mains et les pieds-bots. Elle se rapproche au contraire manifestement, sous beaucoup de rapports, des luxations accidentelles ou traumatiques. Mais comment expliquer qu'elle se produise dans le cours de la grossesse ? La bénignité de l'accouchement dans tous ces cas, de même que la présence des plis de flexion au niveau de la rotule montrent bien, en effet, que la luxation était antérieure au travail de la parturition.

Quelle cause assez puissante a donc pu déplacer ainsi le tibia, malgré son articulation si solide avec le fémur ?

Lorsqu'ils s'agit d'un fœtus monstrueux, comme celui de M. J. Guérin (anencéphalie), ou affecté de nombreux vices de conformation, comme étaient ceux de Cruveilhier et de Bouvier, il est généralement assez facile de se rendre compte de la disjonction des os. Une rétraction ancienne et progressive des muscles extenseurs ou la pression exagérée de l'utérus sur un œuf presque dépourvu de liquide sont les causes manifestes des difformités articulaires. Mais, pour les six autres cas qui composent le premier groupe, il n'en est plus ainsi. De là, cette tendance des auteurs à considérer le déplacement du tibia comme la conséquence directe d'une violence extérieure. Châtelain invoque l'action d'une chute grave, qui eût lieu sur la fin du septième mois de la grossesse. Pour Kluberg,

c'est le choc du bas-ventre contre un lit, accident qui survint chez la mère de l'enfant deux mois avant l'accouchement. Quant au Dr Motte, il pense que la luxation à dû s'effectuer sous l'influence de pressions extérieures répétées, la femme dont il parle ayant l'habitude d'appuyer contre son ventre une énorme marmite.

Ces divers traumatismes sont-ils bien la cause réelle et directe de la luxation? Je ne le pense pas. Les violences extérieures que subit la femme enceinte peuvent produire sur le fœtus des fractures ; mais elles semblent impuissantes à provoquer des luxations. Les expériences, que j'ai faites sur des cadavres de nouveau-nés, confirment pleinement cette donnée de l'observation.

Sur trois enfants, morts au quinzième jour de leur naissance et dont le corps avait été assoupli par un bain d'eau chaude, je tentai de produire artificiellement la luxation du tibia en avant. Je procédai avec lenteur à l'aide d'une extension progressivement forcée de la jambe, pendant que le fémur se trouvait immobilisé. Chaque fois, il me fut impossible de faire glisser l'extrémité du tibia au devant des condyles fémoraux. Je ne parvins à obtenir la flexion de la jambe sur la face antérieure de la cuisse, qu'au prix d'un effort plus considérable qui sépara tantôt l'épiphyse du tibia, tantôt celle du fémur. Une fois sur six,la tension des téguments du jarret devint telle que ceux-ci se déchirèrent largement avant que l'épiphyse du tibia se fût décollée. Une autre fois, grâce à la section préalable de ces mêmes téguments ainsi que du ligament postérieure de l'articulation, la luxation put se produire sans rupture osseuse.

Comme on le voit,quelque attention que j'aie prise pour effectuer, sans déchirure de tissus, la flexion anormale de la jambe sur le devant de la cuisse, il me fut impossible d'y parvenir. Cependant cette flexion existait, sans aucune de ces lésions, dans les différents exemples que j'ai rapportés. Aussi, est-il difficile d'admettre que la luxation,dont il s'agit,soit la conséquence directe d'un traumatisme quelconque. Ce qui paraît bien plus probable, c'est qu'une cause vitale — la contraction violente du triceps crural — aura porté la jambe dans une extension forcée et que l'utérus, réagissant sur le membre,aura maintenu ou exagéré son attitude vicieuse, pendant que la contraction répétée des extenseurs effectuait peu à peu la disjonction des os. L'observation II, où l'on voit que la jambe luxée se trouvait comme bridée par le cordon ombilical, témoigne en faveur de cette interprétation. Car il n'est guère douteux, dans ce cas, que la contraction répétée du triceps crural et la traction continue, exercée par le cordon, ne soient les deux agents réels du déplacement articulaire.

Dans ma pensée, la luxation se produirait donc sous l'action de

deux causes plus ou moins simultanées : d'une part, la contraction énergique et répétée des extenseurs de la jambe ; d'autre part, les pressions anormales de l'utérus ou, exceptionnellement, les tractions opérées par un cordon trop court. Sans nier l'influence des traumatismes survenus pendant la grossesse, je crois volontiers, avec Malgaigne [1], qu'ils ne jouent d'autre rôle que celui de cause occasionnelle. Puisque des violences extérieures peuvent provoquer, chez le fœtus, des mouvements désordonnés, on conçoit aisément qu'il s'en suive parfois une extension forcée de la jambe, et par conséquent, une disposition accidentelle au déplacement articulaire. Mais, dans l'espèce, là se borne l'action du traumatisme.

J'ai dit déjà qu'il s'agissait ici d'une luxation incomplète. Quoique la démonstration du fait ne puisse en être catégoriquement donnée, tout porte à croire qu'il en est bien ainsi ; je n'y insisterai pas. Quant aux lésions articulaires qui l'accompagnent, elles paraissent être des plus restreintes. A défaut d'autopsie pour ces cas dont la guérison s'obtient si heureusement, si nous nous reportons aux dissections des fœtus qui composent notre deuxième groupe, nous voyons, en effet, que, dans l'exemple de Cruveilhier, « les surfaces articulaires n'offraient rien de particulier et que le diastasis tenait uniquement à la laxité des ligaments latéraux de l'articulation. » Dans celui de Bouvier, l'examen des articulations fémoro-tibiales démontra que leur configuration était normale et que les subluxations, dont elles étaient affectées, devaient être rapportées à la rétraction musculaire. Enfin, dans le cas de M. J. Guérin, « les condyles du fémur présentaient antérieurement une surface concave occasionnée par la pression du tibia ; la face supérieure de ce dernier os n'offrait absolument rien de remarquable et les ménisques interarticulaires n'avaient pas éprouvé le moindre déplacement. »

Tels sont les seuls détails anatomiques que j'aie pu réunir. Je n'en tirerai qu'une déduction : c'est que la bénignité de ces lésions met bien en évidence le rôle prépondérant de la contraction et de la rétraction exagérées des extenseurs dans la production de la luxation. Une violence extérieure, capable d'opérer la disjonction des os, engendrerait, à n'en pas douter, des désordres articulaires d'une toute autre importance.

Si l'on s'en rapporte aux faits qui composent notre premier groupe, le pronostic de la luxation du tibia en avant paraît être absolument dépourvu de gravité, et la réduction, comme le maintien des os, sont généralement des plus faciles. Dans les deux observations qui me sont propres, l'usage d'un maillot serré à

[1] Malgaigne. *Traité des fract. et des luxat.;* t. II, p. 274 et 982.

suffi pour obtenir, en 16 ou 17 jours, la guérison. Plusieurs fois, cependant, une tendance très marquée au déplacement après la réduction a nécessité l'emploi d'un appareil. Celui-ci, très varié dans sa composition, était essentiellement formé, tantôt de trois attelles de fer blanc (Chatelain) ou d'un bandage spécial (Bard), tantôt d'une sorte de lien circulaire appliqué autour de la cuisse et de la jambe fléchie (Kluberg), tantôt enfin, d'un coussinet triangulaire maintenu dans le creux du jarret à l'aide d'une bande et recouvert d'une feuille de taffetas gommé (Motte). Dans tous ces cas, les fonctions du membre ont été promptement rétablies. Le traitement de cette variété de luxation est donc des plus simples. Si l'emploi d'un appareil semble indispensable, la gutta-percha qui est imperméable et se moule aisément sur les parties, peut en fournir avantageusement la substance.

Discussion.

M. Lannelongue. Je n'ai à faire qu'une remarque relative à la nosologie ; je me demande si l'on doit appeler le déplacement décrit par M. Guéniot *luxation en avant*. Y a-t-il même une luxation? Dans la luxation en avant, le tibia vient se placer en avant du fémur. Au contraire, dans les faits de M. Guéniot, le tibia bascule au niveau de l'articulation du genou, de manière à ce que la pointe du pied vienne se placer dans le pli de l'aine. La surface articulaire du tibia regarde successivement en arrière, puis en bas. Je crois qu'il vaudrait mieux appeler ce déplacement *renversement de la jambe en avant*. Il peut se faire que le tibia pivote dans l'articulation sans qu'il y ait une luxation. Cela expliquerait pourquoi la réduction est si facile.

M. Sée. Les mêmes réflexions n'étaient venues à l'esprit en entendant la communication de M. Guéniot. Il est évident qu'on ne peut pas appeler ce déplacement une luxation de la jambe en avant.

Quant à la cause de ce déplacement, il est aussi évident qu'elle n'est pas traumatique. Il s'agit là d'un déplacement qui s'est produit lentement. On ne peut guère invoquer comme cause que la contraction lente de la matrice. S'il en était autrement, on devrait trouver une déchirure des ligaments et un aplatissement complet de l'artère fémorale. Les ligaments se sont allongés progressivement et ont alors permis le renversement de la jambe en avant.

M. Guéniot. Je suis heureux des réflexions de M. Lannelongue et de M. Sée, car elles sont dans l'esprit de ma communica-

tion. La lésion s'est produite d'une manière lente, sous l'influence d'une pression musculaire. Il me semble que si l'on admet le mot de luxation, il faut dire luxation en avant ; mais je conviens qu'il vaut mieux appeler cette lésion renversement de la jambe.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 21 juillet 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Les *Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie.* — Le *Bulletin de thérapeutique.* — Les *Annales de gynécologie.* — La *Revue mensuelle.* — Le *Journal de thérapeutique*, de Gubler. — Le *Recueil d'ophtalmalogie.* — Le *Montpellier médical.* — Le *Journal de médecine de l'Est.* — Le *Journal de médecine de l'Ouest.* — Le *Lyon médical.* — L'*Union médicale de la Seine-Inférieure.* — Les *Annales de la Société de médecine.* — La *Revue médicale française et étrangère.* — Le *Journal de médecine de la Haute-Vienne.* — La *Revue scientifique.* — La *Revue des sciences médicales* de Hayem.

3° Le *Journal d'Athènes.* — Le *British medical.* — Le *Practitionner.* — La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.*

4° Notes sur la *pérityphlite*, par le Dr Sands, de New-York.

5° La *lithotritie rapide avec évacuation*, par le Dr Keyes, de New-York.

6° La *litholapaxie*, du même auteur.

7° *Observations de pustule maligne guérie par des injections sous-cutanées faites avec la solution iodée au* 1/4000, par le Dr Chipault, d'Orléans, membre correspondant.

8° Une lettre de remerciements de M. Monod, nommé membre titulaire.

9° Les *Secrets des dames deffendus à révéler*, offert par le Dr Alexandre Colson, de Noyon, membre correspondant.

10° Thèse de M. Deny, sur la *fracture du péroné*, offerte par M. Nicaise.

Après avoir invité M. Ch. Monod, élu membre titulaire dans la dernière séance, à venir siéger parmi ses collègues et à signer la feuille de présence, M. le président prend la parole en ces termes :

Messieurs, depuis notre dernière séance, la Société de chirurgie. le monde médical, la France tout entière ont fait une immense perte : M. Broca est mort. Le bureau a assisté à ses obsèques, et je vous demande de répéter les paroles que j'ai prononcées sur sa tombe.

Messieurs,

Je viens, au nom de la Société de chirurgie, rendre un suprême hommage à la mémoire de M. Paul Broca, qui fut membre et président de cette société.

Certains hommes ont le rare privilège d'ouvrir à l'humanité des horizons nouveaux et de laisser partout des traces lumineuses et ineffaçables de leur passage : M. Broca a été l'un de ces hommes.

Longtemps il a suivi les séances de la Société de chirurgie dont il fut l'âme et dont il sera la gloire. Comment ne pas rappeler cette érudition prodigieuse, cette logique inexorable dans l'argumentation, cet enthousiasme, cette passion même que M. Broca apportait dans toutes les discussions ? car il était passionné comme tous les hommes qui ont une foi robuste dans la vérité, comme les apôtres de la science. Et qui plus que M. Broca a mérité le titre d'apôtre de la science !

Tout jeune encore, en 1856, il publiait un ouvrage monumental, une de ces œuvres durables qui font la gloire de l'auteur et l'honneur de son pays, un *traité des anévrismes*.

Peu de temps après paraissait un *traité des tumeurs* qui porte à chaque page l'empreinte de cet esprit si puissant. D'ailleurs, comme tous les grands hommes, M. Broca n'a rien produit de médiocre ; le plus minime travail est marqué au coin de cette vaste intelligence.

Voilà l'homme de science, Messieurs, mais que dire de l'homme lui-même ?

J'ai été votre élève, M. Broca, j'ai été un fervent admirateur de

votre génie chirurgical ; mais devant votre famille, vos collègues, vos élèves et vos amis, réunis pour vous dire un dernier adieu, qu'il me soit permis de proclamer la grandeur et la noblesse incomparables de votre caractère.

Cher maître, vous nous laissez de grands exemples à suivre, car vous resterez l'une des gloires les plus pures de l'humanité.

Après ce discours, la séance est levée en signe de deuil.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 28 juillet 1880.

Présidence de M. DE SAINT-GERMAIN, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Lyon médical*, l'*Alger médical*, le *Journal de thérapeutique* de Gubler, la *Revue scientifique*;

3° Le *Journal d'Athènes*, le *British medical*, la *Gazette médicale italienne-lombarde*, la *Nouvelle Gazette d'hygiène*;

4° *Une observation d'embolie cardiaque*, par M. Danvé, médecin principal;

5° Un mémoire intitulé : *De l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité*, par M. le docteur Bourguet, d'Aix, membre correspondant (ce mémoire sera lu dans une prochaine séance);

6° *Leçons de clinique chirurgicale*, par M. Dubrueil, de Montpellier.

M. le Secrétaire général achève la lecture du mémoire de M. Poinsot intitulé :

De la résection du tarse, ou tarsotomie, dans le pied-bot varus ancien,
par le docteur Georges POINSOT (de Bordeaux), membre correspondant

D'après la majorité des chirurgiens qui ont écrit sur l'orthopédie (Bouvier, Malgaigne, Hutchinson, Thorens, Panas), le pied-

bot varus congénital, arrivé à ce degré extrême que caractérise l'enroulement du pied, cesse d'être curable par les moyens ordinaires à une période dont le début varie, avec les auteurs, de dix à dix-huit ans. Les notions acquises sur le développement du pied m'autorisent à dire que la fixation du début de cette période à la dixième année est la plus conforme à la réalité clinique. Si, à un moment, le pied-bot n'est susceptible d'amélioration qu'exceptionnellement et dans des cas relativement peu graves, la raison évidente en est dans les altérations de forme subies par son squelette. Dans les premières années de l'enfance, les os du pied, en grande partie cartilagineux, exposés à des pressions anormales et ne subissant point les contacts accoutumés, se développent irrégulièrement. C'est dans cet état de déformation que l'ossification vient les saisir, rendant ainsi les altérations définitives. Or, ce travail est presque achevé vers la cinquième année, et, à huit ans, les os du tarse (les seuls sur lesquels porte la déformation) ont les proportions qu'ils garderont chez l'adulte. Plus tard, la déviation pourra se trouver augmentée par l'exagération des déplacements articulaires, par la rétraction de plus en plus prononcée des ligaments, mais, dès ce moment, le squelette du pied se trouve dans les conditions de forme où il doit se maintenir. Comment donc, à cet âge, la ténotomie, uniquement destinée à faire disparaître les effets de la rétraction musculaire, se montrerait-elle plus efficace qu'à dix-huit ans, alors que l'état du squelette à ces deux époques est, on peut le dire, identique.

Sans doute, ces indications d'âge n'ont rien d'absolu. Dès succès ont été obtenus après les limites établies plus haut, mais que d'insuccès non relatés! Et, dans les cas réputés heureux, que de récidives, ou tout au moins que de soins continus, que de temps employé! Adams[1] ne s'applaudit-il pas de résultats acquis, chez des enfants de dix ans, par un traitement de deux et quatre ans de durée, pendant lequel il avait été obligé de recourir plusieurs fois à la ténotomie?

Durée extrême de la cure, insuccès à peu près constant, tels étaient les deux reproches adressés justement à la ténotomie pour ces cas de varus ancien, et qui motivaient l'abandon de tout essai du traitement clinique. Dans cet état d'impuissance et contre une difformité aussi pénible que le pied-bot varus, n'était-on pas autorisé à tenter un mode d'intervention, plus périlleux à la vérité, mais qui s'appliquât à tous les âges et permît une guérison rapide en supprimant toute crainte de récidive?

[1] W. Adams, *Club-foot; its causes, pathology and treatment*, 2me ed. London, 1873, p. 434 and s., cases XIV and XV.

Paris.—Soc. d'imp. P. Dupont, 41, rue J.-J. Rousseau. (62, 8-80.) — *Le gerant* : G. Masson.

Le premier pas dans cette voie nouvelle a été fait par un chirurgien anglais, Solly; mais l'honneur de la conception revient à un de ses compatriotes, W. Little, un des plus chauds partisans que la ténotomie ait eus en Angleterre.

Chez un Américain, de vingt et un ans, atteint d'un double pied-bot varus, le traitement ordinaire poursuivi pendant deux ans avait laissé le pied gauche dans un état fort peu satisfaisant. Pressé par l'indocilité du malade, qui refusait de se prêter à de nouvelles sections tendineuses, Solly, sur le conseil de Little, pratiqua l'extraction de la presque totalité du cuboïde, qui paraissait opposer l'obstacle le plus sérieux à la réduction. Le pied put aussitôt être remis dans sa direction normale, mais le résultat fut compromis, parce que les moyens destinés à maintenir ce redressement ne furent employés qu'au bout de trois semaines, après la cicatrisation de la plaie opératoire. Le traitement dura encore plus de deux ans, et on dut sectionner encore deux tendons. Au bout de ce temps, la guérison était complète : les pieds appuyaient fermement, et dans toute l'étendue de la plante, sur le sol; le malade marchait avec une canne.

L'opération avait eu lieu le 11 juin 1854; le malade fut présenté, en mai 1857, à la Société royale de Londres. La conclusion de Solly, devant cette assemblée, est curieuse à noter : tout en reconnaissant que l'ablation du cuboïde avait, sans contredit, facilité la guérison, il ne croyait pas que le résultat obtenu fût de nature à encourager ses confrères à tenter cette opération, sauf dans *quelques* cas anciens et rebelles. Il donnait le conseil de préférer alors l'extraction totale [1].

La discussion, qui suivit la communication de Solly, acheva de discréditer l'opération déjà compromise par la réserve de son auteur. En vain Little, tout en se défendant d'en vouloir faire le traitement habituel du pied-bot varus des adultes, faisait remarquer qu'on pouvait, grâce à elle, abréger considérablement la cure; en vain W. Adams, pour éviter de laisser le membre abandonné à lui-même pendant le temps de la cicatrisation, conseillait l'application d'un appareil prenant son point d'appui ailleurs que sur le pied. Les critiques de Londsdale et de Brodhurst résumaient le sentiment général : l'extraction du cuboïde était rejetée comme inutile et surtout dangereuse [2].

Le résultat d'une tentative d'Otto Weber (d'Heidelberg), faite en 1866, ne fut pas de nature à modifier cette opinion : chez un jeune homme de 15 ans, atteint de pied-bot varus équin accidentel,

[1] *The Lancet*, 1857, t. I, may 9, p. 478.

[2] *The Lancet*, ibidem.

Weber réséqua un fragment du cuboïde et du calcanéum en forme de coin. L'opéré succomba à la pourriture d'hôpital [1].

Jusqu'en 1874, l'opération de Solly demeura dans l'oubli. Si quelque auteur en parle, c'est pour renouveler l'ostracisme porté contre elle. W. Adams, qui au début n'avait point semblé lui être absolument défavorable, la repousse plus tard d'une façon formelle : « Aujourd'hui, dit-il, que les conditions anatomiques du pied-bot varus congénital et la nature et l'étendue des lésions de forme et de structure sont mieux connues, et que nous avons à notre disposition des instruments améliorés, l'extraction du cuboïde ne doit jamais être pratiquée dans le pied-bot varus, même dans celui des adultes [2]. » Thorens n'est pas moins affirmatif. « Pratiquer l'ostéotomie dans le cas de pied-bot, c'est, avouons-le, courir de grands risques pour atteindre un résultat accessible par des moyens bien plus innocents [3]. »

Malheureusement l'expérience clinique demeurait en désaccord avec l'optimisme de ces déclarations, et la nécessité d'un traitement plus sûrement efficace et moins prolongé continuait à être sentie. De là devait naître un retour aux idées de Little et de Solly. L'exemple en fut donné par Richard Davy, chirurgien de l'hôpital de Westminster, qui, sur trois faits, obtint deux succès complets et un résultat très satisfaisant. Davy avait été déterminé à cette tentative par les considérations suivantes : « 1° l'incurabilité et la tendance aux récidives du pied-bot varus ancien, malgré la section des tendons et de l'aponévrose plantaire ; 2° les grands ennuis et la dépense qu'imposent aux malades pauvres la nécessité de se procurer les appareils orthopédiques, et la durée du traitement ; 3° la situation et les rapports anatomiques du cuboïde ; 4° la preuve pathologique tirée d'un fait dans lequel Barnard Holt enleva le cuboïde pour cause de carie et où il se déclara à la suite un pied-bot valgus [4]. »

Chose étrange, le mode d'intervention, renouvelé par Davy, fut surtout attaqué par celui-là même qui l'avait recommandé dès 1853, W. Little [5]. Little nie que l'extraction du cuboïde fût indiquée chez les malades de Davy. Il n'accepte cette opération, et encore avec réserve, que dans les cas très anciens et rebelles à tout traitement,

[1] THORENS, Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congénital, *Thèse de Paris*, 1873, n° 378, p. 149.

[2] W. ADAMS, *loc. cit.*, p. 251.

[3] THORENS, *loc. cit.*

[4] RICHARD DAVY, On excision of the cuboïd bone for exagerated cases of talipes equino-varus (*British med. Journal*, 1876, t. I, april 29, p. 533),

[5] LITTLE, Excision of the cuboïd bone (*British med. Journal*, 1876, t. I, may 13, p. 594.

ou quand l'existence d'ulcères, de nécrose, semble rendre nécessaire l'amputation de la jambe.

L'extraction du cuboïde pouvait quelquefois être insuffisante : on avait vu Solly employer deux ans à obtenir le redressement total du pied opéré. Pour remédier à cette insuffisance, Davies Colley, chirurgien adjoint de l'hôpital de Guy, étendant l'idée d'Otto Weber, propose la résection cunéiforme du tarse sur toute la largeur du pied. Il s'appuyait sur un fait où l'application du procédé nouveau lui avait donné le résultat le plus complet et le plus prompt. Davies Colley déclarait l'opération indiquée « dans les cas où les autres méthodes de traitement avaient échoué, ou quand le malade désirait éviter le long et douloureux traitement et la coûteuse instrumentation que nécessite la guérison des types graves du pied-bot varus [1]. »

Ces paroles de Davies-Colley soulevèrent, au sein de la Société royale, quelques protestations isolées. Brodhurst constata encore l'utilité des résections osseuses, et Adams prédit que, si l'opération était souvent pratiquée, il fallait s'attendre à bien des désastres, tant il y avait de tendons divisés et de cavités séreuses ouvertes. Mais Davy et Davies Colley soutinrent la légitimité de leur intervention, et Carr Jackson, sans se prononcer pour eux, vint cependant leur porter un appui en avouant que, pour éviter les récidives, le traitement mécanique ordinaire devait être continué depuis l'enfance jusqu'à l'âge adulte. Davies Colley termina la discussion en faisant observer que l'adoption des procédés antiseptiques permettait de tenir peu de compte de l'ouverture des cavités séreuses [2].

A partir de ce moment, malgré les critiques de quelques adversaires irréconciliables, l'ostéotomie conserva sa place dans le traitement du pied-bot varus ancien. L'opération de Davies Colley est répétée par Thomas Smith, Wood, et surtout par Davy, qui semble lui donner la préférence sur l'extraction du seul cuboïde.

La discussion qui s'éleva dans la Société médicale de Londres, en 1878, à la suite d'une communication de Davy, montre bien tout le chemin parcouru depuis la première tentative de Solly. Une seule opposition se manifeste : celle d'Owen, qui nie l'utilité de l'ostéotomie pour certains cas cités, et pour les autres préconise l'amputation de Syme. En revanche, Bryant, Royes Bell, Erasmus Wilson se font les défenseurs de la nouvelle méthode ; Wilson, chargé de résumer le débat, déclare que de semblables résultats marquent les progrès de la chirurgie, puisqu'aujourd'hui on

[1] Davies Colley, A case of resection of the tarsal bones for congenital talipes equino-varus (*British med. Journal*, 1876, t. II, oct. 21, p. 526).

[2] *British med. Journal*, 1876, t. II, oct. 21, p. 527.

ne se contente plus de ce que l'on regardait autrefois comme des succès, faisant ainsi allusion aux résultats souvent défectueux de la ténotomie [1].

Dans la même séance, Lund, de Manchester, présentait un malade atteint de varus équin auquel il avait enlevé l'astragale pour corriger cette déformation, et Maunder donnait à cette opération la préférence sur celle de Davies Colley.

Bryant, tout en reconnaissant que l'extraction de l'astragale est indiquée pour les cas où l'équinisme l'emporte sur le varus, adopte d'une manière générale la résection cunéiforme du tarse : il lui devait un beau succès [2]. C'est à ce procédé qu'eurent recours avec un bonheur égal West [3] et Barwel [4].

Vers la même époque, Schede [5] et Meusel [6] se faisaient, dans le 7e congrès de la chirurgie allemande, les défenseurs de la méthode, et von Muralt ne tardait pas à publier [7] un fait dans lequel l'opération avait été suivie d'un magnifique résultat. Commentant cette opération, von Muralt établissait la gradation à suivre dans le choix des moyens thérapeutiques, l'ostéotomie restant une opération de ressource dernière.

Telle avait été l'opinion admise jusqu'alors par les partisans de l'ostéotomie appliquée au pied-bot. Rupprecht (de Dresde) et König (de Gœttingue) ont, dans des articles publiés récemment, protesté contre le rang inférieur qui lui était assigné, et voulurent en faire le mode de traitement initial du pied-bot varus compliqué.

Rupprecht conseille la résection du tarse dans tous les cas ayant résisté au traitement mécanique, alors même que le sujet n'a pas dépassé les premières années de l'enfance. « Chez le nouveau-né, j'ai, dit Rupprecht, rétabli l'état normal du pied sans ténotomie, en employant une gouttière en gutta-percha, cela avant que l'enfant apprenne à marcher. La première année est-elle passée, et un pied-bot, datant de 1 ou 2 ans a-t-il résisté à un traitement sérieux par les appareils plâtrés, j'aurais recours à la résection du tarse bien plus volontiers qu'à la ténotomie, dont Volkmann et Huter ont, avec raison, signalé la faible utilité. Je suis moi-même effrayé des inconvénients de la ténotomie, tandis que je ne prévois jusqu'à présent pour la résection aucune suite fâ-

[1] *The Lancet*, 1878, t. I, p. 389.
[2] *The Lancet*, 1878, t. II, p. 772.
[3] *British med. Journal*, 1878, t. II, p. 657.
[4] *Medical Times and Gazette*, 1878, t. II, dec. 28.
[5] *Centralblatt fur Chirurgie*, Bd. VI, n° 32, p. 532.
[6] *Centralblatt fur Chirurgie*, Bd. IV, n° 50, p. 828.
[7] *Correspondenzblatt fur schweizer Aerzte*, 1879, n° 16.

cheuse [1]. » C'est là évidemment un enthousiasme exagéré, mais qui montre toute l'importance qui s'attache, en Allemagne, à l'opération nouvelle.

König, sans aller aussi loin que Rupprecht, n'est pas moins convaincu des avantages de l'opération : « La résection cunéiforme est, dit-il, la méthode la plus sûre et la plus innocente de redressement pour le pied-bot abandonné et rendant la marche impossible, et aussi bien pour le pied-bot congénital que pour le pied-bot paralytique. » König fait d'ailleurs remarquer que « tout récemment encore, l'amputation paraissait indiquée dans ces cas[2] ».

L'extraction de l'astragale, proposée par Lund, a rencontré moins de partisans : elle n'a été guère pratiquée qu'en Amérique par Erskine Mason [3], et, en Allemagne, par Verebeljg [4].

La résection du tarse n'a, je crois, été faite en France qu'une seule fois, dans un fait qui m'est personnel. Aussi pensais-je faire une œuvre utile en appelant l'attention de la Société sur une opération qui a déjà donné des succès inespérés, et qui s'adresse plus spécialement à des cas pour lesquels l'abstention pouvait être considérée comme la règle.

Les procédés mis en usage pour remédier à l'incurabilité du pied-bot varus ancien sont au nombre de trois : 1° extraction de l'astragale ; 2° extraction du cuboïde ; 3° résection cunéiforme du tarse.

Le choix de ces procédés s'explique par des considérations anatomiques importantes, que je crois utile d'indiquer brièvement. Dans le pied-bot varus, les déformations osseuses, insignifiantes chez l'enfant nouveau-né, s'accentuent avec l'âge et deviennent très prononcées chez l'adulte ; mais elle ne portent pas également sur tout le squelette. C'est ainsi, par exemple, que le métatarse et les os cunéiformes demeurent à l'état normal ; le scaphoïde, qui subit un déplacement en dedans quelquefois considérable, est, en revanche, fort peu altéré dans sa forme. Il n'en est pas de même du calcanéum et surtout de l'astragale et du cuboïde.

Le calcanéum est moins développé en hauteur ; son extrémité postérieure, sous l'influence des muscles s'insérant sur le tendon

[1] Rupprecht, Funf Falle von Keilresektion aus der Fusswurzel wegen angeborenen Klumpfusses (*Centralblatt fur Chirurgie*, Bd. VII, 1880, 13 marz, n° 11, s. 167).

[2] Konig, Die Behandlung der Klumpfusses durch Eussehneidung eines Knochenkeils aus dem Fussrueken (*Centralblatt fur Chirurgie*, Bd. VII, 1880, 27 marz, n° 13, s. 196).

[3] Hutchinson, Lectures on club-foot (*New York med. Record*, 1878, dec. 21, p. 486).

[4] *Pester med. chir. Presse*, 1877, n° 14, p. 224.

d'Achille, est attirée en haut, en même temps que, par suite d'un changement de direction de l'os, elle se rapproche de la malléole interne ; quelquefois le calcanéum est comme courbé suivant son grand axe et présente une convexité externe. Mais ce sont là des altérations de forme qui ne compromettent point son rôle de support, et, à condition que l'obstacle formé par le tendon d'Achille soit supprimé, ne s'opposent en rien au rétablissement de la marche, le calcanéum n'ayant, à proprement parler, aucune part dans les mouvements actifs du pied.

L'astragale, au contraire, y joue un rôle principal ; c'est sur lui et par sa poulie articulaire que s'exécutent les mouvements de flexion et d'extension. Ses déformations doivent nécessairement compromettre ces mouvements et, par suite, fixer le pied dans sa situation vicieuse ; de là un obstacle qu'il peut être avantageux de détruire. Ces déformations, dans les cas les plus prononcés, sont les suivantes : tout d'abord l'astragale a subi un changement de direction ; son grand axe est fortement oblique en bas et en avant ; sa face supérieure n'est articulaire que dans la moitié ou le tiers postérieur ; le reste de cette face se sent sous la peau, à la région dorsale du pied. Ces deux portions de la poulie sont nettement séparées par une saillie transversale et leur direction même a changé, l'articulaire ou postérieure regardant en haut, tandis que l'antérieure, qui a cessé de faire partie de l'articulation, regarde en avant. La tête de l'os est inclinée en dedans. Quand ces lésions se rencontrent, il entre une grande part d'équinisme dans le pied-bot varus ; la déformation de la poulie articulaire empêche la flexion du pied sur la jambe, et la déviation de la tête gêne le redressement de l'avant-pied. C'est à ce pied-bot varus, mélangé d'équinisme, que s'adresse l'opération de Lund. Dans la majorité des cas, cependant, la section du tendon d'Achille permet de rétablir, dans une certaine mesure, la flexion du pied, et c'est surtout le redressement de l'avant-pied qui doit préoccuper le chirurgien.

En quoi l'extraction du cuboïde peut-elle alors être utile ? Les adversaires de l'opération de Solly ont surtout invoqué contre elle l'absence de lésions du côté de l'os enlevé, mais c'est là une assertion purement gratuite, que dément le résultat des autopsies du pied-bot varus chez des sujets ayant marché. Ainsi, sur six observations réunies par Thorens dans son important travail, et qui seules font mention de l'état du cuboïde, cinq fois cet os présentait des lésions étendues. Sans entrer dans le détail de ces faits, je dirai que le cuboïde subit un changement de situation et des altérations de forme. Il est déplacé en dedans, suivant de ce côté le scaphoïde, avec lequel il conserve ses relations articulaires ; en outre, il a éprouvé un mouvement de rotation en arrière, en dedans et en

haut, en vertu duquel sa surface supérieure ou dorsale regarde directement en dehors ou même en bas, si bien que c'est elle qui appuie sur le sol pendant la marche. En même temps l'os tend à prendre la forme d'un coin, sa face dorsale devenant plus étendue, tandis que sa face plantaire, au lieu de demeurer plus grande, comme dans les conditions normales, diminue très sensiblement. Avec le mouvement de rotation déjà indiqué, la base de ce coin se trouve regarder en dehors et en bas, tandis que le sommet est dirigé en dedans, ce qui est encore le contraire de l'état habituel où le diamètre antéro-postérieur du cuboïde est plus grand en dedans qu'en dehors d'environ un tiers. Les deux derniers métatarsiens conservant leurs relations avec le cuboïde, ces changements de situation et de forme doivent contribuer largement à l'enroulement du pied suivant son grand axe et à la déviation angulaire de l'avant-pied, déjà favorisée par le déplacement en dedans du scaphoïde, et avec lui des cunéiformes et des trois premiers métatarsiens. Le pied, ainsi coudé sur son bord interne, forme une sorte d'arche renversée dont le cuboïde représenterait la clef de voûte. On comprend dès lors combien l'extraction de cet os peut servir au redressement. A l'état normal, la direction générale des articulations tarso-métatarsiennes est oblique en dehors et en arrière, celle des articulations médio-tarsiennes étant sensiblement transversale ; il s'en suit que ces deux lignes prolongées se couperaient en dehors du bord externe du pied, à peu de distance de ce bord. Dans le pied-bot prononcé, par suite du déplacement du scaphoïde qui vient se placer en dedans de la tête de l'astragale, la ligne medio-tarsienne devient un peu oblique en arrière et en dedans, mais le déplacement simultané des cunéiformes et des premiers métatarsiens, d'une part, et, d'autre part, l'augmentation de volume de la face supérieure du cuboïde, déterminent dans la ligne des articulations tarso-métatarsiennes une obliquité de même sens, beaucoup plus marquée, en vertu de laquelle les deux lignes se couperaient en dedans du bord interne du pied, mais à une assez grande distance. Les deux lignes articulaires ne peuvent être remises dans leur rapport normal qu'à la condition de faire disparaître l'obstacle qui les maintient écartées au dehors, c'est-à-dire le cuboïde. La preuve que cet os est bien l'obstacle à vaincre se trouve dans ce fait : que la perte de substance produite par son extraction est comblée, dès le redressement du pied, par le mouvement en arrière de l'extrémité des deux derniers métatarsiens. C'est ce dont Solly s'assurait chez son opéré par l'interposition du doigt et ce que j'ai pu, de la même façon, constater très nettement chez mon malade. Le rôle de clef de voûte joué alors par le cuboïde dans le mécanisme du pied déformé ressort encore du fait de

Barnard Holt, cité par Davy : Barnard Holt enlève, pour carie, la presque totalité du cuboïde, et quelques années après l'enfant revient avec un valgus acquis de l'opération, c'est-à-dire, avec la difformité inverse du varus. Si donc la disparition du cuboïde suffit à produire le renversement de l'avant-pied en dehors, n'est-il pas évident que son augmentation de volume devra avoir l'effet opposé, c'est-à-dire, maintenir le renversement en dedans ? Et, extraire le cuboïde, n'est-ce pas, comme le disait Davy, chercher à obtenir un valgus artificiel pour contrebalancer le varus existant ?

L'extraction du cuboïde a un autre résultat : elle détruit le ligament puissant, dit en Y, qui contribue à fixer le scaphoïde dans sa position vicieuse, et relâche le tendon du long péronier latéral : celui-ci, n'étant plus retenu dans la gouttière du cuboïde, perd sa direction angulaire et cesse de maintenir les cunéiformes serrés contre le cuboïde. Par ce double fait, la réduction du scaphoïde doit nécessairement se trouver facilitée.

Il est cependant des cas, assez nombreux, où, malgré l'extraction du cuboïde, la réduction du scaphoïde offre des difficultés, à cause de la rétraction du ligament semi-capsulaire qui unit cet os à l'astragale, et aussi de l'existence des fibres ligamenteuses, de nouvelle formation, mais fortes et puissantes, le fixant à la malléole interne. L'action de ces dernières fibres ne saurait être niée ; elle est si réelle que Streckeiser, de Zurich, affirme avoir pu généralement obtenir le redressement du pied par leur section isolée. C'est pour ces cas et afin d'assurer le rétablissement immédiat de la direction normale que Davies Colley a proposé la section du tarse sur toute sa largeur, en ayant bien soin, pour les raisons déjà exposées, de donner au fragment réséqué la forme d'un coin à base externe et supérieure.

Tels sont les fondements théoriques sur lesquels s'appuie la résection du tarse appliquée au pied-bot varus ancien ; il lui reste maintenant à fournir, en clinique, les preuves de son efficacité.

Pour la facilité de l'exposition, je propose de donner à l'opération la dénomination de *tarsotomie*. Celle-ci sera *antérieure* ou *postérieure*, suivant qu'elle porte sur les os de la région antérieure ou sur ceux de la région postérieure du tarse. La tarsotomie antérieure comprend, à son tour, deux procédés : tarsotomie *partielle*, quand un seul os est enlevé ; *totale* quand la section porte sur toute la largeur du tarse.

Avant de rappeler les faits de tarsotomie publiés jusqu'à ce jour, je commencerai par donner l'observation qui m'est personnelle.

OBSERVATION. — *Pied-bot varus équin; ténotomie; récidive; extraction du cuboïde. — Guérison.*

Clotilde H..., âgée de 12 ans, entre le 3 novembre 1878 à l'hôpital des Enfants, salle des Grandes Filles. Elle est affectée d'un pied-bot varus équin du côté gauche.

Au dire de la mère, la difformité a débuté à l'âge de 8 mois. A deux ans, la ténotomie a été faite et l'enfant a porté pendant six mois un appareil, mais celui-ci s'étant cassé, n'a pu être remplacé et la difformité s'est reproduite. Depuis cette époque, l'enfant est restée sans traitement.

Au moment de l'entrée, le pied gauche est dans l'adduction forcée, le talon faisant avec l'axe de la jambe un angle marqué. L'avant-pied est fortement coudé en dedans, en même temps que le gros orteil est renversé en dehors; la plante est presque devenue supérieure. Il existe un certain degré d'équinisme. La marche se fait sur la partie externe de la face dorsale et y a déterminé la formation de deux durillons épais. En ce même point, qui correspond au sommet de l'angle formé par l'avant-pied avec le pied, on constate l'existeuce d'une saillie osseuse formée évidemment par le cuboïde. Le mollet est atrophié; les mouvements actifs du pied sont nuls.

Le 8 novembre, je pratique, par la méthode sous-cutanée, la section du tendon d'Achille et des tendons du jambier antérieur et du jambier postérieur, ainsi que de l'aponévrose plantaire. Le renversement du pied persiste au même degré; seul l'équinisme a disparu. Dans mes tentatives de redressement, je constate que le centre de résistance est au niveau du cuboïde.

Séance tenante, je procède à l'extraction de cet os : Incision cruciale au niveau de la saillie qu'il constitue et qui est recouverte par les durillons; dissection des lambeaux; implantation dans l'os d'un tire-fond destiné à le faire mouvoir; section des ligaments avec le bistouri.

L'opération fut aisée. Au fond de la cavité laissée par l'os, on aperçoit le tendon du long péronier latéral.

L'avant-pied peut facilement être mis dans le *redressement complet* suivant les deux axes longitudinal et transversal.

Toutes les précautions antiseptiques ont été observées.

Deux points de suture profonde réunissent l'incision verticale. Suture de la peau avec crin. Deux drains (mèches de crin) au fond de la plaie. Pansement avec gaze phéniquée.

Le pied redressé est placé dans une gouttière modelée en toile métallique.

9 *novembre*. L'enfant, fatiguée par le chloroforme, a été agitée pendant la nuit; elle n'accuse aucune douleur.

Température 38,5. — Pouls 92.

10 *novembre*. Temp. m. 38,4. — Pouls à 90.

11 *novembre*. Temp. m. 38,4. — Pouls à 92. — L'état général est bon. L'enfant dort et mange avec plaisir.

Pansement. Il s'est écoulé par les drains de la sérosité sanguino-

lente qui a souillé les pièces d'appareil. Œdème léger de l'avant-pied, sans aucune douleur à la pression. J'enlève les points de suture ; la réunion de la peau n'a pas eu lieu à cause de la nature cornée des tissus mis en contact, mais dans la profondeur, les tissus paraissent réunis.

Le pied s'est maintenu dans une rectitude relative que l'on complète aisément.

12 *novembre*. Temp. 38. L'enfant ne souffre pas. Langue nette; appétit bon.

13 *novembre*. Temp. 38,4. L'enfant a peu dormi et dit souffrir beaucoup. L'œdème a diminué; les environs de la plaie sont toujours indolents à la pression. Il s'écoule une petite quantité de pus louable par la partie supérieure de l'incision verticale, où la réunion a fait défaut.

14 *novembre*. Temp. m. 37,6 ; s. 38,3.

15 *novembre*. Pansement. Il s'est fait tout autour de la plaie, au niveau des durillons, un décollement de l'épiderme, comme dans un panaris sous-épidermique. J'enlève l'épiderme mortifié et découvre à la partie supérieure de la plaie un point où le derme lui-même est mortifié sur l'étendue d'une pièce de dix sous. Aucune suppuration profonde. La cavité laissée par l'os est à peu près comblée.

L'état général est, du reste, excellent. Temp. 38,2.

19 *novembre*. Pansement. La plaie est détergée ; sanie sanguinolente sur le pansement. Il n'existe plus d'œdème de l'avant-pied. Je diminue les drains.

Le pied se maintient absolument droit dans la gouttière.

23 *novembre*. Pansement. La suppuration est presque nulle.

26 *novembre*. J'enlève les drains. Je remplace la gouttière par une attelle externe qu'un coussin épais sépare de la jambe et vers laquelle un bandage en huit de chiffre attire le pied.

Le 16 décembre, l'enfant commençait à marcher avec un soulier ordinaire, dont la semelle était plus forte en dehors et que j'avais, par précaution, fait munir de deux montants latéraux en fer.

J'ai revu mon opérée le 16 mars 1880, c'est-à-dire seize mois après l'opération. Voici quel était son état :

Marche facile et pouvant être prolongée. Le pied appuie bien sur le sol par sa plante, sauf au niveau du talon, qui appuie par sa face externe, et à la partie moyenne du bord interne. La pointe du pied est absolument dirigée en avant. L'enfant porte une chaussure ordinaire à laquelle on continue à adapter les montants latéraux. Le succès est aussi complet que possible.

Pour ne point fatiguer l'attention de la Société, je me contenterai de résumer brièvement, dans un tableau, les trente-sept observations de tarsotomie que j'ai pu recueillir et qui sont relatives à quarante-cinq opérations.

J'examinerai successivement la tarsotomie antérieure, partielle ou totale, et la tarsotomie postérieure.

A. Tarsotomie antérieure.

Nos d'ordre.	NOM du chirurgien.	NOM sexe et âge de l'opéré.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	MODE ET DATE de l'opération.	RÉSULTATS IMMÉDIATS.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
				1° Partielle.			
1	SOLLY.	Garçon, 22 ans.	Traitement ordinaire (ténotomie, appareils) pendant deux ans; résultat bon pour le pied droit, très défavorable pour le pied gauche.	Extraction de la presque totalité du cuboïde. 11 juin 1854.	Redressement immédiat complet; guérison de la plaie en quatorze jours. Application de l'appareil au bout de trois semaines, ce qui permet au renversement du pied de se reproduire. Deux ans de traitement.	En janvier 1857, les pieds reposent sur le sol par la plante; le malade s'appuie bien sur eux. Il marche avec une canne.	*The Lancet*, 1857, t. 1, may. 9, p. 478.
2	OTTO WEBER.	Garçon, 15 ans.	»	1868. Résection d'un fragment du cuboïde et du calcaneum en forme de coin.	Mort par pourriture d'hôpital.	»	THORENS. Documents pour servir à l'histoire du pied-bot varus congenital, th. de Paris, 1873.
3	DAVY.	T. S. (Garçon). 15 ans.	»	Ablation du cuboïde gauche le 27 janvier 1874 et du droit le 1er mars 1874.	Redressement du pied sans la moindre difficulté.	Résultat complet. En quittant l'hôpital (27 mai 1874), l'enfant marche sur la plante, avec chaussure ordinaire.	DAVY. Clinical lecture on the excision of the cuboid bone. (*British Medical Journal*, 1876, t. I, april 29, p. 534.
4	DAVY.	Garçon, 9 ans.	»	Ablation des deux cuboïdes. 26 janvier 1875.	Redressement complet. Le malade quitte l'hôpital le 26 mai, marchant bien avec un appareil.	Revu en mars 1876 : l'appareil s'étant détérioré, la tendance au retour de la difformité s'est produite. Nécessité de la section de l'aponévrose plantaire.	DAVY. Ibidem.

Nos d'ordre.	NOM du chirurgien.	NOM sexe et âge de l'opéré.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	MODE ET DATE de l'opération.	RÉSULTATS IMMÉDIATS.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
5	DAVY.	T. N. (Garçon), 14 ans.	»	Extraction du cuboïde droit. 18 janvier 1875.	Redressement complet, maintenu par un appareil à pédale. Guerison rapide de la plaie.	Resultat complet.	DAVY. Ibid. *The Lancet*, 1878, march. 16.
6	STEPHEN SMITH	Adulte.	Amputation de Syme sur le pied droit.	Extraction du cuboïde gauche.	Résultat mauvais et le malade réclama l'amputation.	»	*The hospital Gazette*, cité par *New-York médical Record*, 1879, vol. XV, n° 21, may 24, p. 491.
				2° Tc ale.			
1	DAVIES-COLLEY	Edwin Harrison, 12 ans.	Section de plusieurs tendons du pied gauche; sans résultat.	Le 12 octobre 1875, extraction du cuboïde, puis résection d'une portion du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde et des cunéiformes du pied gauche. Le 23 novembre, même opération sur le pied droit.	Guérison rapide dans les deux opérations.	En avril 1876, il pouvait courir, sauter avec la plus grande facilité. En septembre, il faisait six milles sans s'arreter.	*British Medical Journal*, 1876, t. II, oct. 21, p. 527.
2	DAVY.	Garçon, 14 ans.	»	Le 28 mars 1876, résection cunéiforme de la voûte tarsienne.	Guérison en dix semaines.	Résultat complet.	*The Lancet*, 1878, march. 16.
3	DAVY.	Garçon, 12 ans,	»	Le 14 novembre 1876, section cunéiforme du tarse du pied droit. Le 16 janvier 1877, section du tarse gauche.	Guérison en six semaines pour chaque opération.	Resultat complet des deux côtes.	*The Lancet*, ibid.
4	DAVY.	Petite fille, 16 mois.	»	Le 5 mars 1876, section cunéiforme du tarse.	Guérison.	Marche bonne.	*The Lancet*, ibid.
5	DAVY.	»	»	Le 20 novembre 1877, section cunéiforme du tarse.	Le 5 décembre, mort par septicémie.	»	*The Lancet*, ibid.
6 et 7	DAVY.	Enfants.	»	Section cunéiforme du tarse.	Guérison dans les deux cas.	Résultat excellent dans les deux cas.	*The Lancet*, ibid.
8	THOMAS SMITH	»	»	Section cunéiforme du tarse.	Guérison.	Succès parfait.	Cité par DAVY, *The Lancet*, ibid.
9	HOWSE.	»	»	Section cunéiforme du tarse.	Guérison.	Succès parfait.	Communication écrite de DAVIES COLLEY.
10	WOOD.	»	Pied-bot varus double; ténotomie, sans résultat, pour un pied.	Section cunéiforme du tarse du côté où la difformité persiste.	Guerison.	Succès complet.	*The Lancet*, 1878, march. 16, p. 390.
11	MEUSEL (de Gotha).	Garçon, 9 ans	Pied-bot varus double; ténotomie dans la 1re année, récidive; nouveau traitement à 3 ans, récidive nouvelle.	En avril 1877, section cunéiforme et sous-périostée du tarse d'un côté. — En septembre, même opération de l'autre côté.	Guérison sans peine et sans suppuration, pour les deux opérations.	Après quelques semaines, marche sur la plante; mouvements de la latéralité du pied. Le résultat se consolide dans la suite.	*Centralblatt fur Chirurgie*, Bd IV, 1877, n° 50, p. 828.
12	SCHEDE.	Enfant.	Ténotomie dans la 1re annee; récidive.	Section cunéiforme du tarse.	Guérison.	Succès complet; le pied est plus petit que le pied sain; mais la station et la marche sont absolument normales.	SCHEDE. Vortrag gehalten beins VIIe Congress der deutschen Gesellschaft fur Chirurgie, in *Centralblatt fur Chir.*, Bd VI, n° 32, p. 532.
13 et 14	SCHEDE.	»	»	Section cunéiforme du tarse.	Guérison dans les deux cas.	Résultat complet dans les deux cas.	Ibidem.
15	WEST.	Homme, 23 ans	»	Résection du cuboïde, de l'astragale et du scaphoïde.	Guérison.	Résultat complet obtenu en dix semaines.	WEST. Remarks on resection of the tarsal bones for talipes, in *British Med. Journal*, 1878, t. II, p. 657.
16	BARWEL.	Homme, 21 ans	»	Section cunéiforme du tarse.	Malgré les précautions antiseptiques, suppuration, nécrose du fragment antérieur du scaphoïde. Guérison en 3 mois.	Pied très utile et bien conformé, quoique un peu court.	*Medical Times and Gazette*, 1878, dec. 28.
17	BRYANT.	Enfant, 12 ans	Ténotomie cinq ans avant.	Section cunéiforme du tarse avec section du tendon d'Achille.	Guerison rapide.	Pied bien conformé, avec plante plate, sur laquelle l'enfant marche avec facilité.	*The Lancet*, 1878, t. II, p. 772.

Nos d'ordre.	NOM du chirurgien.	NOM sexe et âge de l'opéré.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	MODE ET DATE de l'opération.	RÉSULTATS IMMÉDIATS.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
18	VON MURALT.	Garçon, 7 ans.	A l'âge de 6 ans, tenotomie et appareil plâtré pendant 6 semaines ; résultat nul.	Tarsotomie cunéiforme, avec pre cautions antiseptiques ; appareil en carton.	Guérison par 2e intention.	Marche après 7 semaines, avec une chaussure munie d'attelles. Résultat absolu.	Von MURALT, Die osteotomia euneiformis beinhochgradigen veralteten Klumpfuss (*Correspond. bl. fur schweizer Aertze*, 1879, nº 16.)
19	RUPPRECHT.	Paul Flecchsman, 4 ans 1/2	Ténotomie à l'âge de 2 mois ; appareil plâtré pendant 9 mois.	Résection cunéiforme du tarse, le 17 juillet 1878.	Guérison et application, le ·r août, d'un appareil plâtre ·endant 4 mois ; au bout de ce ·mps, marche avec chaussure ·unie d'attelle.	En 1880, marche facile, prolongee, avec pointe du pied faiblement dirigée en dedans et bon redressement de l'avant-pied.	RUPPRECHT. Funf Falle von Keilresektion aus der Fusswurzel wegen angeborenen Klumpfuss (*Centralblatt fur Chirurgie*, Bd VII, 1880, nº 11.)
20	RUPPRECHT.	Thérèse von L., 9 ans.	Pied-bot varus double, à l'âge de 7 mois, ténotomie des deux côtés. Nouvelle opération du coté droit à 2 ans, du coté gauche à 7 ans. Résultat nul ; l'enfant ne marche qu'en se tenant aux meubles.	Le 6 mars 1879, résection cunéiforme du tarse des deux côtés.	Guérison au bout de 14 jours ; ·ppareil plâtré.	Marche au bout de 3 mois avec le soulier de Scarpa. En 1880, marche facile et prolongée. Le pied gauche, à cause d'un raccourcissement ancien du membre, n'appuie que sur la pointe.	RUPPRECHT, ibidem.
21	RUPPRECHT.	Hugo Frantzel, 4 ans.	Pied-bot varus double avec ulcération des téguments. Aucun traitement antérieur.	Le 7 avril 1879, résection cunéiforme du tarse des deux côtés.	Guérison. Au 8e jour, appareil ·âtré, porté pendant 2 mois.	Marche facile. En 1880, résultat exceptionnellement beau au double point de vue de la forme et de la fonction.	RUPPRECHT, ibidem.
22	KONIG.	Otto Georg, 12 ans.	Pied-hot varus des deux côtés (paralytique) datant de 4 ans. — Ténotomie, avec appareil plâtré, sans résultat.	17 août 1878, résection cunéiform· du tarse gauche ; 16 octobre, même· opération du côte droit.	Guerison de la plaie, dans les ·eux cas, en 2 mois.	Au bout de quelques mois, le malade, muni de chaussures avec talons, marche si bien qu'on ne peut lui reprocher qu'un peu de faiblesse des extrémités inferieures. Mouvement dans l'articulation du cou-de-pied.	KONIG. Die Behandlung der Klumpfusses durch Eussneidung eines Knochenkeils aus dem Fussrucken (*Centralblatt fur Chirurgie*, Bd VII, 1880, nº 13, 27 marz).
23	KONIG	A. Stieknoth, 13 ans.	Pied-bot varus congénital des côtés. — Traitement ordinaire sans résultat pour le pied droit.	En juin 1879, résection cunéiform· du tarse (precautions antiseptiques)	Mort au 10e jour, dans le col·psus. « L'autopsie montre une ·sion du cœur ancienne et pro·nde, avec une endocardite ré·nte ulcéreuse et des abeès du ·umon cousécutifs, anciens et ·uveaux.	»	KONIG. Ibidem.
24	KÖNIG.	Ignaz Ringled, 19 ans.	Pied-bot varus droit, depuis l'âge de 5 ans, à la suite d'une chute.	Résection cuneiforme le 11 mars 1880.	Encore en traitement au 27 ·ars.	»	KÖNIG. Ibidem.
25	MEUSEL.	Fille, 10 ans.	Pied-bot varus double. Tenotomie à l'âge de 7 mois, sans résultat.	Resection cunéiforme du côte droit, puis du côté gauche dans l'espace de 8 semaines,	Guérison rapide.	Au bout de 8 semaines, le malade marche des deux côtés sur la plante. Légère déviation de la pointe en dedans ; pronation et supination actives du pied.	MEUSEL, Keclformège resektion zur heilung eines alten Klumpfusses, (*Correspondenzbl. der allgemeinen artzb. Vereins von Thuringen*, 1880, nº 1.)
26 27 et 28	MEUSEL.	»	»	Résection cunéiforme.	Guerison dans les 3 cas.	Succès complet dans les 3 cas.	*Centralblatt fur Chirurgie*, 1880, p. 167.

B. Tarsotomiostérieure.

Nos d'ordre.	NOM du chirurgien.	NOM sexe et âge de l'opéré.	TRAITEMENT ANTÉRIEUR.	MODE ET DATE de l'opération.	RÉSULTATS IMMÉDIATS.	RÉSULTATS DÉFINITIFS.	INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.
1	LUND.	Garçon, 7 ans.	Pied varus équin double à l'âge de six mois, ténotomie et traitement mécanique.	En mars 1877, extraction de deux astragales.	Guérison. Après cicatrisation, ·nploi de la traction élastique ·ur corriger l'adduction du ·ed.	En septembre, marche avec souliers de Sayre. En 1878, marche facile ; mouvements étendus de flexion du pied.	*The Lancet*, 1878, t. I, p. 389.
2	ERSKINE MASON	»	»	Extraction de l'astragale d un côté.	Guérison.	Succès complet.	Cité par HUTCHINSON. Lecture on club foot, in *New-York Medical Record*, dec. 21, 1878, p. 486.
3	VERENELGI.	Garçon, 5 ans.	Ténotomie, avec appareil plâtré saus résultat.	Evidement sous-périosté de l'astragale.	Guérison. Redressement immé·t, maintenu par appareil plâtré.	Guérison complète.	*Pester med. und chir. Presse*, 1877, nº 14, p. 224.

Les faits qui précèdent doivent être examinés au double point de vue de la mortalité et du succès définitif; mais, d'abord, il nous faut préciser le sens que nous attribuerons au mot *succès*. Evidemment on ne saurait entendre par lui le retour à la forme et à la fonction normales; la ténotomie, bien qu'exempte de tout délabrement opératoire, n'a jamais promis semblable résultat.

« Dans les guérisons, même les plus complètes, dit Bouvier, le pied réunit rarement tous les caractères de l'état normal, surtout si la déviation était congénitale. Sa forme conserve quelque chose de l'état primitif ou s'altère *par l'effet même des moyens de traitement*. Les mouvements du pied laissent souvent à désirer; leur étendue est moindre dans un sens ou dans l'autre, et fréquemment dans plusieurs sens à la fois. » Aussi Thorens me paraît-il avoir grandement raison en déclarant guéri « le pied dont la forme est assez restituée pour que le malade puisse porter une chaussure ordinaire, et dont les mouvements sont assez étendus pour permettre la marche sans claudication [1] ». Kocher est plus précis encore dans le même sens. « Un pied-bot, dit-il, peut être considéré comme guéri, quand il peut être activement mis en pronation et placé dans le flexion dorsale jusqu'à l'angle droit [2]. » Marche libre avec une chaussure ordinaire, retour au moins partiel des mouvements du pied, tels sont les faits essentiels qui doivent être exigés des succès de l'intervention chirurgicale.

Cela établi, passons à l'examen des chiffres.

A ne compter que les observations complètes, la tarsotomie, pratiquée 45 fois sur 38 individus, a donné 3 morts; soit une mortalité de 6. 66 0/0. Une de ces morts (fait de König, nº 23) doit en toute équité être mise à l'écart: l'opéré succomba à une affection déjà ancienne, et, au moment de la mort, la plaie (König insiste sur ce point), demeurait absolument aseptique. Aussi König a-t-il bien soin de disculper l'opération de ce résultat, et je ne pense pas qu'on puisse contester le bien fondé de son raisonnement. Restent 2 morts sur 44 opérations, ou 4.54 0/0 de mortalité, chiffre bien faible dans la série des opérations, mais qui peut motiver quelques hésitations, comparé à la bénignité ordinaire de la ténotomie. C'est là un argument favori des adversaires de l'opération nouvelle; ils oublient que celle-ci s'applique exclusivement aux cas où les sections tendineuses ont déjà échoué et échoueraient encore nécessairement, et que, si on voulait établir un parallèle entre deux procédés également indiqués, ce serait avec l'amputa-

[1] THORENS, *loc. cit.*, p. 129.

[2] KOCHER, Zur Etiologie und Therapie der Klumpfuss, in *Deutsche Zeitschrift fur Chir.* Bd. IX, Heft 3 et 4.

tion de Syme ou celle de la jambe que la comparaison devrait être faite. Je ne suppose pas qu'entendu ainsi, ce rapprochement fût défavorable à la tarsotomie.

Mes recherches, bien que s'appliquant à un autre objet, m'ont fait rencontrer 4 cas où l'amputation avait été pratiquée pour remédier aux inconvénients de toute nature d'un pied-bot varus congénital (Ayres, Cock, Stephen Smith, Gross (de Nancy), et sur ce nombre restreint je compte déjà 1 mort. Peut être aussi convient-il de se rappeler que la ténotomie elle-même a eu ses accidents : Dieffenbach, au dire de Volkmann, aurait perdu un de ses opérés de pyoémie, et le chirurgien de Halle a noté un cas de mort par hémorragie, chez un hémophile, à la suite de la section du tendon d'Achille. Personne cependant ne s'est avisé de proscrire la ténomie dans la crainte de semblables catastrophes. D'ailleurs, ainsi que l'a fait remarquer Daviès Colley, l'adoption de plus en plus générale de la méthode antiseptique, en rendant pour ainsi dire nuls les accidents infectieux des plaies, permet, dans ces opérations réparatrices, de s'attacher surtout à la proportion des succès.

Pour mieux apprécier la valeur et les indications cliniques de la méthode, je la considérerai dans chacun de ses trois procédés.

La TARSOTOMIE POSTÉRIEURE compte 3 succès sur 3 faits, mais il s'agissait de pieds-bots varus équins, et le résultat fut surtout remarquable au point de vue de l'équinisme. Chez le malade de Lund, suivant la remarque critique de Fisher [1], le varus persistait dans une certaine mesure et le malade marchait un peu sur le bord externe du pied, comme l'attestait l'existence de durillons en ce point. L'indication de ce procédé demeure donc restreinte aux cas où l'équinisme domine.

Il n'en est pas de même de la TARSOTOMIE ANTÉRIEURE, qui s'adresse essentiellement au varus, tout en permettant de corriger ou tout au moins d'atténuer l'extension du pied, quand elle complique la difformité principale.

La *tarsotomie antérieure partielle* (excision du cuboïde), considérée dans ses résultats définitifs, a été pratiquée 7 fois sur 6 individus (je laisse ici de côté le cas de mort).

Elle a fourni........... 4 succès.
2 résultats imparfaits.
1 insuccès complet, l'amp. ayant dû être pratiquée dans la suite.

Dans les cas considérés comme succès (obs. 3, 5, obs. per-

[1] *The Lancet*, 1878, t. I, p. 553.

sonnelle) le malade était redevenu plantigrade et portait un soulier ordinaire avec une semelle plus épaisse en dehors. Par mesure de précaution, je fis, chez ma petite opérée, munir cette chaussure de montants latéraux en acier, pour prévenir tout renversement du pied pendant la marche.

J'ai noté comme résultats imparfaits les observations 1 et 4 où le redressement définitif n'a pu être obtenu qu'à l'aide de plusieurs sections tendineuses ; il faut toutefois ne pas perdre de vue que ces sections fournissent alors un résultat qu'antérieurement, et employées seules, elles avaient été impuissantes à faire espérer.

En somme, la tarsotomie antérieure partielle, mise en œuvre exclusivement, a donné 57. 151 0/0 de succès, ce chiffre s'élevant à 85. 71, si on ajoute les cas où la ténotomie a fourni son aide.

Dans la majorité des cas, la guérison de la plaie fut rapide : elle demanda seulement 14 jours chez le malade de Solly, et, chez mon opérée, la cicatrisation était complète au 18e jour. Quant à la durée totale du traitement, si elle ne fut pas moindre de 2 ans chez l'opéré de Solly, elle n'excéda pas 3 et 4 mois dans deux des faits de Davy. Mon opérée marchait au bout de 38 jours.

Plus beaux encore sont les résultats de la *tarsotomie antérieure totale :* 32 opérations, sur 25 individus, ayant fourni 31 succès complets et un succès relatif (obs. 20. Rupprecht, pied gauche). Même dans ce cas, la persistance de l'équinisme et d'un certain degré de varus pourrait-elle être attribuée au raccourcissement et à la rotation en dedans du membre inférieur tout entier, par suite d'une luxation congénitale de la hanche. On peut donc, faisant abstraction de ce fait, avancer que le succès a été constant.

Malgré l'étendue de l'intervention, les suites immédiates furent des plus simples dans la presque universalité des cas. Chez le seul malade de Barvell (obs. 16), la suppuration fut abondante et la nécrose d'une portion du scaphoïde donna à la cure une durée de 3 mois, mais au bout de ce temps la marche était possible.

Plus heureux fut l'opéré de Davies Colley (obs. 1) qui marchait au bout de 10 semaines ; un même laps de temps suffit à un opéré de Davy (obs. 2). Chez un autre (obs. 3) le résultat était complet pour chaque pied après 6 semaines. Meusel annonce (obs. 11) que quelques semaines suffirent dans son 1er cas pour que les deux pieds pussent servir presque normalement à la marche. Son second opéré guérit en 8 semaines. L'opéré de West (obs. 15) guérit en 10 semaines et celui de von Muralt (obs. 18) en 7. Rupprecht fit porter à son premier opéré (obs. 19) un appareil plâtré pendant 4 mois : au bout de ce temps l'enfant marchait avec un soulier de Scarpa. Le second opéré (obs. 20) mit trois mois à

acquérir l'usage de ses deux pieds. Chez le troisième (obs. 21) un résultat « exceptionnellement beau » était obtenu après deux mois. Le malade de König (obs. 22) marchait au bout de quelques mois.

En résumé, la durée moyenne du traitement total a été d'un peu plus de 9 semaines, c'est-à-dire, environ 2 mois 1/2. Au bout de ce temps, l'opéré se servait d'une chaussure ordinaire ou pouvait se contenter d'un appareil simple, conseillé dans une vue de précautions. Ce résultat, acquis dans des cas absolument et nécessairement rebelles à la ténotomie, ne peut-il pas supporter la comparaison avec les plus rapides succès de cette opération dans les cas où elle est le mieux indiquée ?

En examinant la proportion des succès dans chacun des procédés de tarsotomie antérieure, on ne peut s'empêcher de reconnaître une supériorité marquée pour celui où la section porte sur toute l'étendue du tarse. Est ce donc à dire que la tarsotomie totale devra être employée toujours, à l'exclusion de la partielle ? Cette conclusion paraîtrait mal fondée en présence des résultats obtenus par l'extraction du cuboïde, et surtout si on réfléchissait à l'importance moindre des délabrements opératoires et à la possibilité de conserver les dimensions normales du pied. L'indication peut avec plus de raison être formulée ainsi : la tarsotomie antérieure totale convient aux cas où la partielle demeure insuffisante pour assurer le redressement facile et immédiat du pied. C'est ce que Davies-Colley résumait ainsi dans une communication qu'il me faisait l'honneur de m'adresser :

« Mon procédé consiste à enlever autant qu'il faut pour redresser le pied sans violence. » L'extraction du cuboïde se trouve alors constituer le premier temps obligé de l'intervention.

Cela m'amène à parler du *manuel opératoire*, assez peu connu en ce qui concerne la tarsotomie antérieure, pour que je le retrace en quelques mots. Quant à la tarsotomie postérieure, l'extraction de l'astragale, qui en constitue l'unique procédé, ne présente aucune indication spéciale au cas particulier pour lequel elle est alors pratiquée.

Les règles établies par Davy pour l'extraction du cuboïde et que j'ai suivies avec avantage dans mon opération, sont les suivantes : « Employer le chloroforme et la bande d'Esmarck, inciser directement en bas, au niveau du cuboïde, sur le bord externe du pied, la peau indurée et les bourses séreuses et donner à l'incision la forme d'un T en la prolongeant sur le dos du pied, passer deux fils de métal forts, un dans chaque lambeau, et s'en servir comme d'écarteurs pendant l'opération. Après avoir complètement mis à nu les faces supérieure et externe du cuboïde, visser la *pince à os*

(sorte de tire-fonds) dans le tissu spongieux du cuboïde, et en ouvrir les branches de manière à assurer la prise. Puis sectionner avec soin les ligaments autour de l'os, le faire basculer, et éviter de léser le tendon du long péronier situé au-dessous ; pour cela raser exactement l'os avec le bistouri. Réunir l'incision en T par un ou plusieurs points de suture [1]. »

Dans la tarsotomie cunéiforme, telle que la pratiqua pour la première fois Davies Colley, l'extraction du cuboïde constituait, je le répète, le premier temps du procédé. « Je trouvai nécessaire, dit le chirurgien de Guy's hospital, d'extraire d'abord le cuboïde, puis, avec le bistouri et la scie, j'enlevai des portions du calcanéum, de l'astragale, du scaphoïde et des cunéiformes, en même temps que le cartilage des deux métatarsiens externes [2]. » Il est probable que Davies Colley conservait les tendons extenseurs qu'il se contentait de récliner.

Lorsque le succès de Davies Colley eût fait adopter la tarsotomie cunéiforme, les chirurgiens qui la pratiquèrent, voulurent en simplifier le manuel, en supprimant l'extraction préalable du cuboïde ; mais le procédé opératoire demeura encore variable, les uns sacrifiant les tendons que les autres respectaient, ceux-ci employant exclusivement la scie, tandis qne les autres donnaient la préférence au ciseau. J'emprunte à Bryant la description suivante : « Une incision transversale fut faite sur le dos du pied, s'étendant d'un point correspondant au tubercule du scaphoïde jusqu'au bord externe du cuboïde, et une seconde incision le long du bord externe du pied, les deux incisions formant un T renversé (⊥). Les lambeaux furent alors renversés et les tendons des extenseurs divisés. Une spatule fut placée, en contournant le scaphoïde, entre les os et les parties molles de la plante du pied, pour protéger ces dernières contre l'action des instruments. Le tarse fut sectionné en deux points avec une scie à guichet, une ligne de section s'étendant, au travers du dos du pied, du scaphoïde au bord antérieur du cuboïde, la deuxième section osseuse étant faite plus haut ; il en résulta une sorte de coin osseux, avec son sommet répondant au scaphoïde, et sa base, large d'un pouce, au cuboïde. Ce coin fut enlevé et le pied put être redressé [3]. »

Bryant n'avait point hésité à diviser les parties molles de la face dorsale du pied ; c'était compliquer inutilement une opération dans laquelle déjà un si grand nombre de séreuses articulaires étaient ouvertes. Meusel et Rupprecht adoptèrent un procédé

[1] *Bristish médical journal*, 1876, t. I, p. 533.
[2] *Bristish medical journal*, 1876, t. I, p. 527.
[3] *The Lancet*, 1878, t. II, p. 772.

plus conservateur. Le voici tel qu'il est rapporté par Rupprecht : « Incision de la peau, sur une longueur de 6 centimètres, de la malléole externe à la base du 4e métatarsien. Le corps du court extenseur (m. pédieux) est en partie détaché et récliné en dedans avec les tendons. Dissection du périoste du tarse dans l'étendue de l'incision cutanée. Deux érignes à quatre branches, placées en ce point, sont confiées à des aides et maintenues solidement. Le bistouri, conduit parallèlement à la surface du périoste détaché, met à nu le tarse dans la plus grande étendue possible, en respectant l'articulation supérieure de l'astragale. Avec un ciseau, de 1 centimètre de largeur, deux incisions, convergentes en dedans, sont faites dans les os (ou mieux dans le tarse) ; de ces incisions, la supérieure est parallèle à la ligne des deux malléoles, et l'inférieure à la ligne des articulations métatarso-tarsiennes. Dans ces incisions osseuses, qui se rencontrent en dedans et qui, en avant, en haut et en dehors, circonscrivent la base du coin à enlever, le ciseau est introduit de nouveau, et deux forts coups de maillet, appliqués sur lui dans des directions convergeant en dedans, en arrière et en bas, séparent un coin osseux qui est enlevé avec un davier. Les arêtes osseuses sont abattues avec le ciseau, et le pied est alors placé dans la situation désirée [1]. »

Il est probable, bien que Rupprecht garde à cet égard le silence, que la dénudation des os, avec cette incision unique et complètement externe, devait être très laborieuse ; aussi Meusel, tout en respectant les tendons et en conservant le périoste, a-t-il adopté, comme Bryant, l'incision en T.

Le même Meusel a encore introduit dans la pratique de l'opération une amélioration notable, déjà adoptée dans la résection des grandes articulations faite pour ankylose osseuse : il moule en plâtre le pied malade, et, sur la reproduction obtenue, il détache un coin dont il modifie l'étendue suivant les besoins du redressement. Le chirurgien est donc fixé à l'avance sur l'importance de la perte qu'il doit faire subir au tarse.

König a donné des indications générales fort utiles sur l'étendue du coin osseux à enlever et surtout sur la direction que doivent avoir les sections pratiquées dans le tarse : « L'excision cunéiforme doit, dit-il, être faite aux dépens du dos du pied, de telle manière que, pour répondre d'une part à l'adduction du pied et d'autre part à la déviation de la pointe, le coin osseux ait sa base tournée du côté externe, en même temps que du côté de la face dorsale. En général, on le prend là où fait saillie sur le dos du pied le sommet de l'angle formé par l'avant-pied. Dans le pied-bot congénital, on

[1] Rupprecht, l. c. p. 162.

intéresse la plupart du temps le col et la tête de l'astragale, aussi bien que le cuboïde, et, pour achever le redressement du pied après qu'on a remédié à la flexion plantaire, le scaphoïde. Dans le pied-bot paralytique, le coin osseux doit être pris plus avant que dans le congénital, non paralytique. On taille d'abord un petit coin du côté externe, soit avec le couteau, soit avec la scie; puis on attaque les parties osseuses par le dos du pied [1]. » König admet d'ailleurs, comme Davies Colley, qu'il faut enlever toutes les parties qui pourraient mettre obstacle au redressement. L'articulation tibio-tarsienne est la seule qui doive être respectée; il est inutile de s'inquiéter des autres.

Résumant les données précédentes, je crois pouvoir formuler ainsi les règles de la tarsotomie cunéiforme : « Incision en ⊥ renversé, dont la branche horizontale s'étende de la malléole externe à la tête du 5e métatarsien et dont la branche verticale remonte sur le dos du pied dans la direction du scaphoïde. Détacher les tendons et les incliner en dedans. Disséquer le périoste incisé dans la même direction que la peau. Rattacher chacun des lambeaux de périoste ainsi obtenus au lambeau cutané correspondant avec un point de suture métallique, les fils servant d'écarteurs dans le reste de l'opération. Enfin, détacher avec le ciseau (de préférence à la scie) un coin osseux par deux incisions, dont l'une sera parallèle à la ligne des articulations tarso-métatarsiennes et dont l'autre sera parallèle à la ligne bi-malléolaire. La base de ce coin sera donc externe et devra généralement mesurer un pouce; le coin osseux devra en même temps empiéter sur la face dorsale du tarse plus que sur la face plantaire. »

Tel est le procédé qui me paraît préférable pour la tarsotomie cunéiforme, lorsqu'elle est jugée à l'avance indispensable; mais j'ai dit et je répète que le chirurgien pourra et devra tenter d'abord l'extraction du cuboïde et n'attaquer les autres os du tarse qu'après avoir reconnu l'inefficacité de sa première tentative. Dans ce cas même, les modifications à apporter au procédé, que je viens de décrire, sont insignifiantes. Seulement l'opération compte deux temps : dans le premier, on enlève le cuboïde; puis, si l'on reconnaît que le redressement du pied est impossible, ou ne peut être obtenu qu'au prix d'un effort marqué, on passe au second temps, en prolongeant sur le dos du pied la branche verticale du T, et en continuant l'opération suivant les règles déjà établies.

J'arrive au *traitement consécutif*, point important de la question, car de lui peut dépendre l'avenir du résultat acquis aussitôt après l'opération. Il est, je crois, inutile d'insister aujourd'hui sur

[1] König, l. c. p. 196.

la nécessité qui s'impose d'avoir recours aux procédés antiseptiques; c'est là un point sur lequel bien peu de chirurgiens se mettraient en désaccord. Je m'occuperai seulement des moyens de contention à employer après l'opération et de l'époque où il convient de les mettre en usage.

On a vu que Solly, ayant attendu trois semaines pour appliquer un appareil, ne put obtenir ensuite le redressement complet qu'au prix de sections tendineuses. Cependant un certain nombre de chirurgiens, qui ont pratiqué la tarsotomie, Rupprecht et König, entre autres, jugent indispensable d'abandonner le pied à lui-même jusqu'à complète cicatrisation. Cette pratique est des plus fâcheuses et n'a d'autre excuse que la difficulté de maintenir le pied, sans que la région opérée supporte aucun froissement de la part de l'appareil. La question se réduit alors à trouver un appareil contentif réalisant cette condition. Davy, après l'extraction du cuboïde, conseille l'application d'une attelle à pédale, fixée par un bandage gommé ou plâtré. Déjà Weber avait eu recours à l'appareil plâtré, percé d'une fenêtre au niveau de la plaie; même je crois que la terminaison fatale, dans son cas, doit être attribuée pour une part à ce mode de contention. L'appareil plâtré a, en effet, le grave inconvénient de se laisser souiller par les produits de la suppuration et de favoriser ainsi l'infection de la plaie. Suivant la remarque d'Esmarck, il peut rendre inutiles les précautions antiseptiques sans lesquelles une opération, comme la tarsotomie, pourrait présenter de sérieux dangers. Pour ces motifs, il doit être laissé de côté.

Mais quel sera l'appareil auquel donner la préférence?

Dans l'extraction du cuboïde, celui que j'ai employé vers la fin du traitement me semble répondre, et dès le début, à toutes les indications. Il rappelle l'attelle de Dupuytren pour la fracture du péroné. Il se compose, comme ce dernier, d'une longue attelle externe, séparée de la jambe par un coussin épais et résistant qui s'arrête à trois travers de doigt au-dessus de la malléole, et dépasse le pied par son extrémité inférieure. Cette attelle est fixée à la jambe par un bandage roulé. Le pied, dont la plaie a été pansée suivant les principes Listériens, est rattaché à l'attelle par un bandage en huit de chiffre; même, si l'on jugeait utile d'accentuer le redressement du pied, on pourrait, après les premiers jours, remplacer la bande ordinaire par une bande élastique, de manière à exercer une traction continue.

Cet appareil ne saurait, il est vrai, convenir à la tarsotomie cunéiforme. Pour ce cas, je proposerais une attelle postérieure, à pédale, avec échancrure correspondant au talon, et sur laquelle le

pied, recouvert de ses pièces de pansement, serait fixé par quelques tours de bande de mousseline phéniquée.

L'emploi immédiat d'un appareil non seulement assure le résultat définitif, mais encore diminue sensiblement la durée de la cure. Les chiffres, que j'ai réunis, sont, à cet égard, particulièrement expressifs : c'est chez des opérés traités sans appareil jusqu'après la cicatrisation de la plaie, que la guérison complète de la difformité a demandé le plus de temps (3 et 4 mois. — Rupprecht, Konig.)

Conclusions.

1° Le pied-bot varus, congénital ou acquis depuis longtemps, quand il est porté à son degré extrême, cesse d'être curable par les moyens ordinaires, à une période dont le début varie de dix à dix-huit ans. C'est pour ces cas extrêmes, dans lesquels la ténotomie, aidée du traitement mécanique, est impuissante, qu'a été proposée la résection du tarse ou *tarsotomie;*

2° La tarsotomie peut être antérieure ou postérieure ; antérieure, elle est partielle ou totale, suivant qu'il s'agit de l'extraction du cuboïde seul ou de la résection cunéiforme de toute la largeur du tarse ; postérieure, elle ne comprend que l'extraction de l'astragale ;

3° Les indications de ces différents procédés sont spéciales à chacun d'eux : la tarsotomie postérieure convient aux cas où l'équinisme l'emporte ; la tarsotomie antérieure, au cas de varus proprement dit ; la tarsotomie cunéiforme, ou antérieure totale, est réservée aux cas où l'extraction du cuboïde ne peut assurer le redressement immédiat et complet de l'avant-pied ;

4° Les résultats de la tarsotomie doivent être considérés sous le double point de vue de la mortalité et des résultats définitifs ;

5° Au point de vue de la mortalité, la tarsotomie pratiquée 44 fois, a donné 2 morts, soit une mortalité de 4,54 0/0 ; il faut remarquer que les deux cas malheureux ont trait à des opérés pansés suivant les anciennes méthodes ;

6° Au point de vue des résultats définitifs, la tarsotomie postérieure ne compte que des succès, mais sur un trop petit nombre de faits. La tarsotomie antérieure partielle a fourni 57,14 0/0 de succès, ce chiffre s'élevant à 85,70 en comptant les cas où la ténotomie a dû fournir son aide. Enfin, la tarsotomie antérieure totale ne compte que des succès sur 27 opérations ;

7° La tarsotomie antérieure partielle peut et même doit toujours précéder la tarsotomie cunéiforme, dont elle constitue le premier temps opératoire ;

8° L'adoption d'un pansement listérien, rigoureux, est d'absolue nécessité dans la tarsotomie ;

9° L'application immédiate d'un appareil contentif est indispensable pour assurer le succès et diminuer la durée de la cure ; mais cet appareil doit permettre une contention exacte, sans exercer aucune pression sur la région opérée.

M. Desprès. Après avoir entendu la lecture du travail de M. Poinsot, je tiens à faire remarquer que notre confrère n'a qu'une observation personnelle, et qu'un seul fait n'est pas suffisant pour faire un mémoire.

SUR LA DURÉE DU TRAITEMENT DES FRACTURES.

Note adressée par M. Dubrueil.

Je désire appeler un instant l'attention de la Société de chirurgie sur un point du traitement des fractures, à savoir la durée de ce traitement qui me paraît pouvoir avec avantage être notablement abrégée.

Mon expérience à ce sujet ne porte encore que sur 7 cas. Voici en quelques mots l'histoire des malades sur lesquels j'ai mis en usage ce traitement abrégé.

Fractures du membre supérieur. — Obs. I. — X..., âgé de 22 ans, soldat au 8e chasseurs à cheval, entré le 26 novembre 1879.

Il est atteint d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche avec déplacement. Je réduis la fracture, et j'applique l'avant-bras sur une attelle palmaire avec main, préalablement ouatée.

Le 28 novembre, application d'un appareil inamovible, qui est enlevé le 18 décembre. La consolidation est faite, et la conformation est satisfaisante. L'articulation du poignet jouit d'une mobilité assez étendue.

L'appareil est resté 20 jours en place, et a été enlevé 22 jours après l'accident.

Obs. II. — X..., soldat au 8e chasseurs à cheval, 21 ans, entré le 8 décembre 1879.

Fracture de l'extrémité inférieure du radius gauche, sans déplacement.

La main et l'avant-bras restent pendant deux jours fixés sur une palette.

Le 10 décembre, je fais appliquer un appareil inamovible, qui est enlevé le 27 du même mois. Le résultat est satisfaisant, les mouvements du poignet ont une certaine étendue.

L'appareil est resté en place 17 jours, et a été enlevé 19 jours après la production de la fracture.

Fractures du membre inférieur.—Obs. III.—X. .., âgée de 42 ans, entrée le 19 novembre 1879.

Fracture sus-malléolaire du péroné droit avec arrachement de la malléole interne. Au niveau de la solution de continuité du péroné, il existe une petite plaie qui paraît communiquer avec la fracture.

La plaie est pansée par occlusion à l'aide d'un morceau de linge collodioné. La jambe est placée dans une gouttière, et recouverte de compresses imbibées d'eau blanche.

Le 24 novembre, application d'un appareil silicaté, qui est enlevé le 17 décembre.

La conformation du membre est régulière; je fais lever la malade et je la fais marcher avec des béquilles.

L'appareil est resté en place 24 jours, et a été enlevé 29 jours après l'accident.

Obs. IV. — X..., âgé de 21 ans, soldat au 122e de ligne, entré le 12 janvier 1880.

Fracture transversale de la rotule gauche produite par un choc direct. Épanchement considérable dans le genou; les fragments sont écartés de 1 centimètre 1/2.

Le 13, le membre est placé dans une gouttière, et tout autour de la rotule on applique un grand vésicatoire, qui fait résorber l'épanchement et permet de rapprocher les deux fragments.

Le 19, j'affronte les fragments. Pour les maintenir, je place, au-dessus et au-dessous de la rotule, un petit tampon de ouate que je fixe avec le bandage en huit postérieur du genou. Sur les tours de bande, au-dessus et au-dessous de la rotule, sont attachées des agrafes que je rapproche à l'aide d'un fil de caoutchouc, comme dans la suture élastique. Je place ensuite trois attelles plâtrées, une postérieure, une externe et une interne, allant de la racine du membre à la plante du pied. Ces attelles sont fixées à l'aide de bandelettes de diachylon.

Le 28, j'enlève les attelles plâtrées et je les remplace par un appareil silicaté enveloppant tout le membre, et remontant jusqu'au bassin.

Le 6 février, l'appareil est ôté. Je n'oserais pas affirmer qu'il s'est produit un cal osseux, mais, en tout cas, les fragments sont exactement rapprochés et solidement maintenus au contact. J'applique un huit du genou avec une bande en flanelle, et je recommande au malade de se lever et de s'asseoir auprès de son lit.

Le 17, je lui fais mettre une genouillère en cuir, lacée et pourvue sur le côté externe d'une lamelle en fer brisée au niveau de l'interligne articulaire, et disposée de telle sorte que ce petit appareil peut à volonté maintenir le genou dans l'extension ou permettre la flexion. On donne des béquilles au malade, qui commence à marcher, et récupère rapidement les mouvements de flexion du genou et la solidité du membre.

L'appareil inamovible est resté en place 19 jours et a été enlevé 26 jours après l'accident.

Obs. V. — X..., âgé de 21 ans, soldat au 8e chasseurs à cheval, entré le 9 janvier 1880.

Fracture légèrement oblique du tibia à l'union du tiers inférieur avec le tiers moyen, résultant d'un coup de pied de cheval. Il existe une petite plaie sur la partie antérieure et moyenne de la jambe, mais elle ne communique pas avec la fracture.

Le 10, la jambe est placée dans un appareil de Scultet.

Le 12, j'applique un appareil plâtré, composé de quatre attelles, en arrière, en avant, en dehors et en dedans, allant du genou à la plante du pied, et maintenues par des bandelettes de diachylon.

Cet appareil est enlevé le 28 janvier, c'est-à-dire, 16 jours après son application et 19 jours après la production de la fracture. La consolidation est faite et la conformation du membre est satisfaisante. L'articulation tibio-tarsienne jouit d'une certaine mobilité.

Je fais lever le malade et je le fais marcher avec des béquilles.

Obs. VI. — X..., âgé de 40 ans, ancien instituteur, alcoolique, entré le 1er février 1880.

La veille, il est tombé sur les rails d'un tramway qu'on installait, et s'est cassé les deux os de la jambe gauche, au niveau du tiers moyen. Il existe, au voisinage de la fracture, une plaie qui ne communique pas. La jambe malade est atteinte de varices assez développées, et présente un gonflement considérable. Je la fais envelopper d'un grand cataplasme, et placer dans une gouttière.

Le 9, application d'un appareil silicaté.

Le 19, j'enlève l'appareil. La consolidation me paraît faite ; elle est régulière.

Le 29, je fais lever le malade, et le lui recommande de marcher avec des béquilles.

La jambe est restée 8 jours dans une gouttière et 11 jours dans un appareil silicaté. Ce dernier a été enlevé 20 jours après l'accident.

Au début du traitement, ce malade a été pris d'un délire alcoolique qui n'a cédé qu'à l'administration de doses élevées de laudanum et de rhum.

En somme, pour les deux malades atteints de fracture du radius, l'appareil inamovible a été appliqué deux jours après la production de la fracture, et est resté en place, chez l'un, 20 jours, chez l'autre, 17.

Pour une femme qui présentait une fracture sus-molléolaire du péroné, avec arrachement de la malléole interne, l'appareil a été appliqué 5 jours après l'accident, et a été enlevé au bout de 24 jours.

Chez un soldat atteint d'une fracture de la rotule, l'appareil a été appliqué 8 jours après l'accident, et est resté en place 19 jours.

Une fracture du tibia, chez un chasseur à cheval, a été consolidée après l'application, pendant 3 jours, d'un appareil de Scultet, et, pendant 16 jours, d'un appareil inamovible.

Enfin, un homme atteint d'une fracture des deux os de la

jambe, a gardé 8 jours une gouttière et 11 jours un appareil inamovible.

Dans les cas que je viens de relater, on peut voir que j'ai laissé les appareils moins longtemps en place qu'on ne le fait habituellement, et, pour les fractures du membre inférieur, j'ai fait lever les malades plus tôt qu'on ne le fait d'ordinaire.

Il n'en est résulté aucun inconvénient, et de cette façon j'ai à peu près évité les atrophies musculaires, et aussi ces raideurs articulaires qu'on peut, ce me semble, sans être taxé d'ankylophobie, considérer comme un des désidérata du traitement des fractures.

M. Després. Il n'est pas possible de laisser passer la communication de M. Dubrueil, sans y apporter une certaine restriction. Il manque à ses faits la mention de l'époque à laquelle les malades ont pu travailler. Au moment de la consolidation, c'est-à-dire, vers le 20e jour, les malades ne sont pas capables de se servir de leur membre fracturé. Tout ce qu'a dit M. Dubrueil, nous le voyons journellement dans nos services. Le cal est formé de très bonne heure, mais l'usage du membre ne revient que vers la sixième semaine, pour le bras, et vers la huitième, pour la jambe, lorsque les deux os de celle-ci ont été brisés.

Je tiens à dire, en outre, que les appareils, employés par M. Dubrueil, ne sont pas les meilleurs appareils. Avec un appareil plâtré, un malade, qui a une fracture de jambe, peut soulever son membre le 5e jour, et le 12e, il peut se lever et marcher avec des béquilles; il aura seulement de l'œdème du pied qui durera pendant trois mois.

Il faut bien savoir qu'il n'y a aucun moyen qui puisse abréger le temps nécessaire au travail physiologique de la consolidation des fractures.

Rapport

par M. Terrier.

Sur une opération de hernie crurale étranglée,

par M. le Dr Guillaume.

M. le Dr Guillaume, de Chaumont (Haute-Marne), a adressé à la Société de chirurgie une observation de hernie crurale étranglée qui a été l'objet d'une erreur de diagnostic, en raison des phénomènes peu accusés que présentait la malade.

Voici le résumé de ce fait intéressant :

Mme M..., 52 ans, portait une hernie crurale droite mal contenue par un

bandage. Le 8 avril au soir cette hernie sort et ne rentre plus. Le Dr Guillaume, appelé le lendemain matin auprès de la malade, constate l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, très dure, un peu bosselée, mate à la percussion et très douloureuse à la moindre pression. L'état général est bon, pas de ballonnement du ventre, pas de vomissements.

Le taxis modéré échoue, et notre confrère se réserve de faire une seconde tentative le soir avec anesthésie et d'opérer, s'il ne peut rentrer la tumeur.

Les accidents douloureux se calment dans l'après-midi, et l'état de la malade paraît s'améliorer, ainsi que le constatèrent MM. les docteurs P. Mougeot et Rigaut, appelés auprès de la malade ; toutefois pas de selles et à peine quelques gaz rendus par l'anus. D'ailleurs on a prescrit des lavements belladonés.

En présence de cette amélioration locale, et d'un état général satisfaisant, nos trois confrères pensent avoir affaire à une hernie épiploïque, « qui brûle peut-être une anse d'intestin » (?), toujours est-il, c'est qu'on remet l'opération.

Les 10, 11, 12 avril, la malade prend du bouillon glacé, ne souffre pas, ne vomit pas, en un mot l'état reste stationnaire. Toutefois, les lavements ne font presque rien évacuer, et il n'y a pas de gaz rendu par l'anus.

Le 13, au milieu de la nuit, la malade se lève, oubliant en quelque sorte sa situation ; elle a une syncope et un vomissement poracé abondant ; en même temps les douleurs reviennent assez intenses et on constate un léger ballonnement du ventre.

Le 14, pas de vomissements ; le ballonnement persiste et des douleurs intermittentes se font sentir.

On administre de l'huile de ricin, pour juger nettement de la perméabilité du tube digestif.

Or, ce n'est que le 15, dans la journée, que la malade vomit son purgatif avec des matières intestinales.

Enfin on se décide à opérer le 16, c'est-à-dire, le 8e jour de l'étranglement.

L'opération fut faite par M. le Dr Guillaume assisté de MM. les docteurs Mougeot père et Rigaut ; on suivit les préceptes de Lister sauf la pulvérisation.

L'incision de 6 centimètres, parallèle au pli de l'aine, met à nu le sac ecchymosé, recouvert de ganglions durs et noirâtres ; le sac ouvert, on trouve une anse d'intestin de 8 centimètres, d'un rouge vineux et rempli de liquide, pas d'épiploon.

Le débridement est laborieux, et fait en trois points. L'anse est attirée au dehors, pour juger de son état d'intégrité, et le cercle de constriction formé par l'anneau est mis à découvert. Tandis que, du côté interne, cette constriction est peu marquée, du côté externe, au contraire, on voit une gouttière profonde, blanchâtre et comme cicatricielle.

En épongeant l'intestin, M. le Dr Guillaume vit apparaître une vésicule, de la grosseur d'un grain de millet, dont le contenu devint jau-

nâtre; bientôt cette vésicule se crève et une perforation, du diamètre d'un gros pois, se produit, donnant issue au liquide intestinal.

Les parties furent épongées et lavées avec la solution phéniquée forte, de manière à empêcher le liquide intestinal de souiller la plaie et de pénétrer dans le ventre.

Après quelques minutes de réflexion, l'opérateur se décida à aviver légèrement les bords de la perforation, de manière à la rendre ovale et à les suturer avec du catgut n° zéro. On refait un soigneux nettoyage de la plaie et de l'intestin, et celui-ci est réduit.

Le sac et les ganglions furent excisés; quatre sutures, deux profondes et deux superficielles furent faites; un petit drain fut laissé dans l'angle interne de la plaie. Pansement de Lister.

L'opération avait duré plus d'une heure.

Les suites de l'intervention furent des plus simples; le cours des matières se rétablit dès le 1er jour. Les sutures et le drain furent enlevés le 4e jour, et le 24, c'est-à-dire, huit jours après l'opération, la plaie était guérie.

La malade put se lever le 18e jour.

En résumé, comme cela arrive trop souvent, le peu d'importance des phénomènes généraux et la diminution des accidents locaux ont fait penser à une hernie épiploïque et ont fait retarder l'intervention; celle-ci, trop tardive, a permis de constater l'étranglement de l'intestin et de plus son ulcération, grâce à l'examen attentif fait par notre confrère.

Enfin, celui-ci prenant un excellent parti et ayant à sa disposition toutes les ressources du pansement de Lister, a pu faire heureusement la suture de l'intestin et sauver la malade.

Ici encore, Messieurs, comme pour le fait de M. Cabadé, je n'ai qu'à répéter ce que j'ai dit, à savoir qu'un chirurgien appelé auprès d'un malade atteint de hernie étranglée brusquement, ne doit le quitter que lorsque la réduction de la hernie a été opérée.

J'ai l'honneur de vous proposer de déposer l'observation de M. Guillaume aux archives et de lui adresser des remerciements.

Discussion.

M. Verneuil. Il est dit, dans l'observation, qu'on employa la méthode de Lister sans la pulvérisation. Or, la pulvérisation est une des parties les plus importantes de la méthode en question; sans elle on ne saurait dire que l'on a mis en usage la méthode de Lister.

En second lieu, je ne suis pas partisan de l'avivement de la perforation intestinale et de sa suture, car voici ce qui m'est arrivé en opérant une hernie étranglée: je constate sur l'intestin une petite phlyctène suspecte; au lieu de réduire, j'attire l'intestin et je le laisse dans le sac; deux jours, après des matières

fécales apparaissaient dans la plaie, mais tout se passa simplement, et j'étais à l'abri de la crainte d'une perforation de l'intestin s'effectuant dans le ventre. Dans l'observation de M. Guillaume, il était bien difficile de dire que l'intestin n'était perforé que dans un point, et on s'exposait à un épanchement stercoral en réduisant. Pour éviter ce danger, si grave, il suffit, après avoir débridé, de laisser l'intestin dans le fond du sac, sans le suturer à la peau. Il se forme alors une fistule stercorale qui se guérit spontanément.

Dans les cas où il y a épanchement de sérosité dans le sac, j'ai fait des recherches, avec M. Nepveu, pour savoir si cette sérosité renfermait des bactéries. Nous en avons toujours trouvé, bien que le sac n'eût aucune communication avec l'air extérieur et que l'intestin ne fût pas perforé. Velpeau avait déjà remarqué que la sérosité du sac herniaire est très irritante, même pour les doigts du chirurgien. Si l'on rapproche de cette qualité irritante la présence des bactéries, on conviendra que ce liquide est extrêmement nuisible pour le péritoine. Aussi, lorsque j'ai ouvert le sac, avant d'inciser l'étranglement, je fais la toilette de l'intestin et de la face interne du sac avec un pinceau de charpie imbibé d'une solution phéniquée forte, au 20me.

M. Trélat. C'est la seconde fois que M. Terrier a l'occasion de faire un rapport sur des observations de hernie étranglée opérée tardivement. Je pense, comme lui, que lorsqu'un chirurgien est appelé auprès d'un hernieux, il ne doit pas quitter le malade avant d'avoir réduit sa hernie. Il faudrait être sévère pour ces temporisations qui conduisent à opérer tardivement, alors qu'il s'est produit une perforation de l'intestin, et je ne voudrais pas que l'observation de M. Guillaume allât reposer dans nos archives, mais qu'elle fût publiée.

Néanmoins, il arrivera toujours des cas où l'on se trouvera en présence de lésions de l'anse intestinale herniée. Les embarras de l'opérateur, pour savoir ce qu'il doit faire, sont alors très grands. Je pense, quant à moi, qu'il ne faut pas avoir une conduite toujours absolument la même. Si on est en présence d'une perforation ou d'une menace de perforation, au niveau du point étranglé, la conduite de M. Verneuil me paraît la meilleure et la plus prudente. Si on est en présence d'une perforation de la convexité de l'anse intestinale, ou sur le lieu même de l'étranglement, pourvu que la perforation soit petite, la conduite suivie dans l'observation de M. Guillaume me paraît rationnelle.

En d'autres termes, si la perforation est limitée, il y a avantage à suturer et à réduire, parce que l'intestin suturé et replacé

dans la cavité abdominale rencontre des facilités d'oblitération qu'il ne trouve pas lorsqu'il est laissé à l'extérieur. On voit quelquefois ces petites perforations suturées ne donner lieu à aucune espèce d'accident. Si, au contraire, la perforation est mal limitée, on s'exposerait à de grands dangers en réduisant après la suture. Dans ces cas, il vaut mieux laisser l'intestin au dehors ; à moins qu'on ne fasse la résection de toute la partie malade de l'intestin, et consécutivement la suture de tout le pourtour de l'organe.

M. Verneuil. Je suis bien près d'être de l'avis de M. Trélat, puisque j'admets la suture et la réduction quand il s'agit d'une plaie accidentelle à bords nets. Mais quand on a affaire à une perforation avec un intestin malade, il ne faut pas faire la suture, parce qu'on s'expose aux accidents les plus redoutables. M. Trélat exige que la perforation soit très limitée ; mais, dans ces cas, il est difficile de voir la limite du mal.

M. Trélat. Je conviens que les porforations de la concavité sont toujours redoutables, parce qu'elles indiquent une gangrène confirmée de l'anse intestinale. Ce sont les perforations au niveau du point étranglé que l'on peut quelquefois suturer et réduire.

M. Desprès. J'ai vu des cas de perforation véritable et des cas de phlyctènes sur l'intestin hernié. Ces phlyctènes ne sont autre chose que des escharres interstitielles, parce que la dernière des tuniques d'un intestin qui se gangrène, est le péritoine. Or, tant que le péritoine est intact, on peut réduire. Toutes les fois que je me suis trouvé en présence de ces escharres, que nos collègues appellent des phlyctènes, j'ai fait la réduction et j'ai toujours obtenu une guérison.

Mais lorsque des matières fécales sont sorties par une perforation véritable, la situation est bien autrement grave. Dans ces cas, une fois j'ai fait la suture, deux fois j'ai pratiqué l'anus contre nature, et tous mes malades sont morts. Ces faits diffèrent du cas qui nous est présenté, cas dans lequel il n'y avait qu'une petite perforation. C'est probablement à cette circonstance que la guérison du malade est due, et si j'avais affaire à une hernie semblable, je ferais aussi la suture de l'intestin et je réduirais.

Ce qu'il importe surtout, c'est de convaincre les médecins de la ville de ne pas laisser arriver leurs malades à ces perforations en agissant de bonne heure. Toutes les fois que les malades n'ont pas été trop tourmentés par des taxis, trop *tripotés*, pour me servir d'une expression vulgaire, on les opère avec succès ; mais lorsque l'on a attendu trop longtemps, lorsque le taxis a échoué

et qu'on a laissé à l'intestin le temps de se perforer, l'opération que l'on pratique pour établir un anus contre nature est toujours suivie de mort.

Avant de réduire l'anse intestinale, il faut faire la toilette de l'intestin simplement avec de l'eau chaude, aussi chaude que le malade peut la supporter ; il n'est point nécessaire d'employer de l'eau phéniquée. Je ferai remarquer que cette toilette avec de l'eau chaude a un double but : celui de nettoyer l'intestin et celui de favoriser le retour de la circulation dans les parties étranglées.

M. Terrier. M. Verneuil a fait observer qu'on avait employé, dans l'opération de M. Guillaume, la méthode de Lister sans la pulvérisation. Cela est vrai, et c'est ce qui arrive souvent en province, parce qu'on n'a pas toujours un pulvérisateur sous la main. Quoi qu'il en soit, il vaut mieux opérer d'après la méthode de Lister, même sans pulvérisation, que de ne pas l'employer du tout.

Relativement à la suture de l'intestin, je crois qu'il faut distinguer les cas où la lésion intestinale siège du côté de la convexité de ceux où elle siège au niveau de l'étranglement. Les lésions de la convexité indiquent une maladie de l'intestin ou des manœuvres intempestives faites avant l'opération ; une gangrène étendue est toujours à craindre dans ces cas. Les lésions qui se produisent au niveau du collet du sac sont toujours moins intenses et moins étendues. Dans ces cas, je pense, comme M. Trélat, que ce n'est pas trop risquer que d'aviver, de faire un point de suture avec du catgut et de réduire. Dans le fait que nous communique notre confrère de Chaumont, l'événement a justifié cette conduite. En France, on est un peu trop timide au sujet de la suture intestinale.

M. Verneuil a toujours trouvé des bactéries dans le liquide épanché dans le sac. Ce liquide a déjà été considéré comme extrêmement irritant par beaucoup de chirurgiens, et comme pouvant déterminer une péritonite. Jarjavay avait soin de l'éponger, et avant lui les chirurgiens recommandaient de se prémunir contre les accidents qu'il peut déterminer.

L'observation de M. Guillaume vient tout à fait à l'appui de l'opinion soutenue par M. Trélat, à savoir : que le chirurgien ne doit pas quitter son malade avant d'avoir réduit. C'est précisément pour montrer les dangers de la temporisation que M. Guillaume a publié cette observation.

Je dirai à M. Desprès que je ne connais pas ce qu'il appelle des escharres interstitielles. Il n'a pas, d'ailleurs, éclairci la ques-

tion, puisque, dans certains cas, il a pratiqué la suture de l'intestin, dans d'autres cas, il a établi un anus contre nature, et que, dans l'un comme dans l'autre cas, ses malades sont morts. Cependant je constate avec plaisir que M. Desprès approuve la conduite de M. Guillaume et de tous les chirurgiens partisans du progrès. Je ne suis pas d'avis qu'il faille employer l'eau chaude pour faire la toilette du sac et de l'intestin. Il vaudrait mieux, dans tous les cas, employer de l'eau distillée ; mais l'eau phéniquée est bien préférable.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapport

Par M. Nepveu.

Corps étranger du genou ; extraction directe ; guérison.

Observation due au Dr G. Houzel, de Montreuil-sur-Mer.

Haigneré, retraité de douane, encore vert et jouissant d'une parfaite santé, bien qu'âgé de 70 ans, vint me consulter, le 12 avril, pour un corps étranger du genou, qu'il portait depuis 23 ans et qui, dans ces derniers temps, lui rendait la marche très douloureuse, souvent même impossible.

Il raconte qu'en 1856, il voulut, sa jambe gauche étant posée à faux, soulever un poids de 20 kilogrammes ; il entendit alors un craquement dans le genou gauche. Malgré le repos, dix jours après l'accident, le genou était à ce point gonflé qu'il ne pouvait mettre son pantalon. Le Dr Jordan lui fit appliquer trente sangsues, de nombreux vésicatoires et de la teinture d'iode, sans grands résultats.

En 1857, on l'envoya aux eaux de Bourbon-l'Archambault. Avant son départ, le médecin et lui-même constatèrent la présence d'un corps étranger à la partie interne et moyenne du genou. Après deux mois de séjour à Bourbon, la marche devint possible.

Depuis son retour de Bourbon, son état n'a guère changé : la marche était toujours douloureuse, la flexion de la jambe ne s'opérait qu'avec peine et très incomplètement. De tous les corps étrangers qu'il avait sentis tout d'abord, il n'en trouvait plus qu'un seul, toujours logé dans le cul-de-sac synovial supérieur, derrière le triceps. Il paraissait augmenter de volume, et, depuis lors, au lieu de faire facilement le tour de la rotule, il restait toujours fixé en dedans et en haut. Parfois, notre homme ressentait de vives douleurs qui l'obligeaient à s'arrêter immédiatement et ne cessaient que lorsqu'avec les doigts, il avait fait remonter le corps étranger, ou lorsqu'il avait en quelque sorte secoué le genou. La marche, dans ces derniers temps, était souvent interrompue par des accidents de ce genre ; aussi Haigneré demandait-il sou-

vent qu'on le débarrassât de ce corps étranger qui le rendait presque infirme.

Le genou gauche était beaucoup plus volumineux que le droit. Les os eux-mêmes, l'extrémité inférieure du fémur et l'extrémité supérieure du tibia, étaient épaissis ; la rotule avait son volume normal. Sous le tendon du triceps, on sentait un corps dur, mobile dans le liquide articulaire assez abondant ; on pouvait facilement le faire voyager depuis la partie inférieure et interne du genou jusqu'à la partie supérieure et externe, en dehors du tendon du triceps ; en ce point, une pression sur le tendon le faisait saillir sous la peau, mais en provoquant une douleur assez vive.

Je pratiquai l'opération le 15 avril, avec l'aide de M. Deboffe, médecin à Etaples, qui voulut bien se charger du chloroforme.

Le corps étranger étant fixé en haut, en dehors du tendon du triceps, je fis une incision parallèle à l'axe du membre, longue de 5 centimètres, intéressant la peau, quelques fibres du vaste externe et la synoviale articulaire ; du cul-de-sac supérieur s'échappa un flot de synovie brunâtre et filante. Avec des pinces à griffes, je saisis le corps étranger et je parvins, non sans peine, à l'extraire en tiraillant un peu les lèvres de la plaie.

Les quelques fibres du vaste externe, que j'avais dû sectionner, rétractées sous la peau, versaient du sang ; prenant alors une éponge trempée dans une solution phéniquée au centième, je l'introduisis à plusieurs reprises dans l'article pour le nettoyer et enlever le sang. En la retirant avec le doigt en crochet, je ramenai un second arthrophyte plus petit, et m'étant assuré que la plaie ne saignait plus, que l'articulation ne contenait plus rien, je priai M. Deboffe de comprimer exactement le genou avec les mains et je fermai la plaie par une suture entortillée, composée de six épingles fines traversant la peau et la synoviale. J'insiste à dessein sur cette dernière manœuvre amenant l'adossement des deux bords du feuillet séreux.

La suture fut recouverte de charpie trempée dans une solution phéniquée au centième, d'une légère couche de ouate, d'une toile gommée, et, le tout étant assujetti au moyen d'une bande roulée, le membre fut placé dans un bout de gouttière en fer-blanc rembourrée avec des compresses.

En introduisant l'index dans l'articulation, j'avais senti la synoviale épaissie, les cartilages diarthrodiaux du fémur m'avaient paru former un léger rebord au-dessus des os ; ce rebord était inégal et comme dentelé.

L'un des arthrophytes extraits du genou, aplati, de forme irrégulière, mesure, dans son plus grand diamètre, 37 millimètres ; dans son plus petit, 30 millimètres ; et 15 millimètres d'épaisseur ; les bords en sont déchiquetés, rugueux, remplis d'aspérités. Il ne serait pas impossible que les dentelures du rebord diarthrodial aient imprimé leurs traces sur le corps étranger.

Le second de ces corps est plus petit, aplati sur une de ses faces, légèrement convexe sur l'autre, et mesure 14 millimètres dans son

plus grand diamètre, 11 dans son petit, et n'a que 7 millimètres d'épaisseur.

L'opération terminée, Haigneré eut deux vomissements occasionnés par le chloroforme; il prenait bientôt un potage, et le lendemain suivait son régime habituel, sans avoir eu la moindre fièvre.

Le 17, j'enlevai les épingles. La plaie était réunie par première intention ; la peau était blanche, sans la moindre trace d'inflammation, de chaleur ou de gonflement; la pression sur l'articulation ne provoquait pas la moindre douleur. Je refis le même pansement, en ayant soin de replacer le membre dans la gouttière.

Le 23 avril, le 8e jour après l'opération, je levai de nouveau le pansement; tout liquide avait disparu de l'articulation, dont les saillies et les méplats ordinaires étaient nettement visibles.

Je fis lever le malade après lui avoir roulé autour du genou une bande de flanelle. L'articulation, encore un peu roide, faisait entendre de légers craquements; le poids du corps sur cette jambe lui semblait moins douloureux qu'avant; ce qui le frappa surtout, c'est que la flexion du membre était plus facile et plus complète.

Le 25 avril, le genou était toujours dans le même état satisfaisant. Chaque jour, Haigneré se levait, se promenait avec une canne dans sa maison et dans son jardin. La jambe pouvait se fléchir jusqu'à ne plus former avec la cuisse qu'un angle de 45 degrés.

Je l'ai revu ces jours derniers ; rien n'était venu entraver sa guérison. Cependant l'articulation n'a pas recouvré toute son intégrité anatomique ; l'arthrite sèche, dont elle a souffert si longtemps, y laissera des traces indélébiles. Je crois cependant que mon intervention chirurgicale a été correcte et d'une grande utilité pour le malade.

Messieurs,

Au nom d'une commission composée de MM. Cruveilhier, Th. Anger et Nepveu, rapporteur, je viens vous rendre compte de l'observation d'*extraction de corps étranger du genou* que vous a présentée, il y a deux mois, M. le Dr Houzel, de Montreuil-sur-Mer.

Depuis que l'on applique les principes de la méthode antiseptique à la cure radicale des corps étrangers articulaires, leur extraction par incision directe a reparu parmi les procédés usuels ; la taille articulaire qu'a exécutée le Dr Houzel, en suivant les règles de la doctrine antiseptique, devait réussir, et ce succès vient heureusement s'ajouter à tous ceux qui existent déjà dans la littérature chirurgicale.

A la remarquable observation de notre confrère, j'ai la bonne fortune de pouvoir ajouter un fait non moins intéressant, que M. le professeur Verneuil a bien voulu mettre à ma disposition :

Routier, mécanicien, 58 ans, entre le 21 février 1879 dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Louis, n° 6.

Il rapporte que, depuis plus d'une année déjà, il souffre du genou droit. Ce genou, douloureux pendant la marche, se tuméfie parfois sans raison apparente. Il y ressent, à certains moments et à intervalles irréguliers, une douleur vive qui le force parfois à s'arrêter. Tous ces phénomènes ont vivement éveillé son attention ; il a enfin découvert un corps étranger dans un coin de l'articulation et il va en demander l'extraction.

Ce corps étranger est extrêmement mobile; on le perd à chaque instant ; il fuit très facilement sous le doigt. Un jour même l'opération avait été décidée, le malade était sur le lit d'opération, on tenait le corps étranger dans l'anneau d'une clef, la choloformisation était achevée, et M. Verneuil s'apprêtait à opérer, lorsque le corps étranger disparut tout à coup. Toutes les tentatives pour le retrouver furent inutiles; ce n'est que le lendemain que le malade lui-même put le ressaisir.

M. Verneuil lui supposait une forme aplatie, celle d'un petit haricot, et croyait pouvoir le transfixer à l'aide d'un tenaculum pour être sûr qu'il ne s'échapperait plus. Ce fut en vain, on n'arrivait qu'à le déplacer avec la pointe de l'instrument, ce qu'expliqua plus tard la forme arrondie de ce corps, qui fuyait à la moindre pression.

Aussi, dans la crainte de le perdre à nouveau, M. Verneuil renonça à toute tentative et se contenta de le fixer entre ses doigts dans un pli des parties molles de la région interne du genou.

La saillie qu'il déterminait sous la peau était très perceptible et donnait l'idée d'une faible épaisseur de tissu; il n'en était rien, l'incision dut être assez profonde pour arriver jusqu'à lui.

Au moment où l'articulation fut ouverte, on aperçut une petite masse blanche, c'était le corps du délit. L'extraction fut des plus faciles ; il suffit d'appuyer un peu pour déterminer la bascule de ce corps, qui vint tomber hors de l'ouverture. L'écoulement de sang avait été presque nul. Toutes les précautions antiseptiques avaient été prises : spray, lavage minutieux de la région opérée, des mains des aides et de celles de l'opérateur, puis de tous les instruments.

La plaie, très petite (moins de 3 centimètres), fut lavée avec la solution forte; ses bords ne furent point réunis. Elle fut couverte seulement d'un petit carré de tarlatane trempée dans la solution phéniquée, et le membre fut entouré d'une couche d'ouate très modérée.

L'examen microscopique du corps étranger a montré qu'il était entièrement formé de cartilage hyalin.

Le malade n'a eu depuis aucun accident, aucune douleur; il a continué à manger et à dormir comme avant l'opération. Le tracé thermométrique est à cet égard absolument démonstratif; il n'y a pas eu, à aucun moment, un quart de degré d'élévation de température :

		Matin.	Soir.
		—	—
	15 mars........	36,6	37,1
jour de l'opération.			
	16 —	37	37

	Matin.	Soir.
17 mars........	36,8	37,1
18 —	36,5	36,7
19 —	36,6	36,8
20 —	36,5	37
21 —	36,5	36,8
22 —	36,9	37,1
23 —	37,2	36,9
24 —	37,1	37,2.

Le pansement ouaté ne fut enlevé que le 17e jour; le malade n'ayant jamais eu après son opération la moindre fièvre, tout faisait prévoir que l'on trouverait le genou en bon état et la plaie à peu près guérie. En effet, l'ouverture, faite à la jointure, n'était plus représentée que par une petite plaie linéaire et superficielle, qui ne demanda pas plus de 3 à 5 jours pour se cicatriser complètement à l'aide d'un pansement simple.

Le 2 avril la cicatrisation était absolument terminée; le malade demandait à sortir. Depuis 2 jours il marchait sans aucune gêne; l'articulation, qui n'a jamais été mobilisée artificiellement, jouit de mouvements étendus, à peu près autant que le genou du côté opposé. La flexion dépasse notablement l'angle droit. Le résultat fonctionnel est très satisfaisant.

En relisant la discussion qui eut lieu à la Société de chirurgie, en 1878, sur l'arthrotomie pour les corps étrangers articulaires, il est aisé de voir qu'une des grandes préoccupations des chirurgiens qui y ont pris part, c'était la valeur du procédé, l'incision directe comparée au procédé sous-cutané. Pour résoudre la question, M. le professeur Trélat appelait de ses vœux une statistique de quelque étendue.

La statistique de Schmidt (*Archiv der Heilkunde*, X. 206-219) qui résume celles de M. Larrey et de Berthenson, et va jusqu'en 1867, comprend 218 cas. Cette statistique donne, pour l'incision directe, 18,8 0/0 de morts et, pour l'excision sous-cutanée, 9,9 0/0. Mais, à cette époque, la doctrine antiseptique n'était pas encore connue, et ces chiffres ne nous disent rien sur la valeur actuelle de l'arthrotomie directe.

Des statistiques plus récentes, celles de Square[1], d'Yverson[2], de Jackson[3], ont trait à la période qui s'étend de 1867 à 1875; ces diverses statistiques expriment déjà une très notable amélioration sur les précédents résultats, et cependant, à cette époque, la méthode antiseptique était à peine en voie de généralisation. Sur 67 opérations, les deux procédés réunis ne donnent que 4,4 0/0 de

[1] Square. — *Surgical section of Plymouth meeting of British association.*
[2] Yverson. — *British and foreign Médical review*, 1874, juillet.
[3] Jackson. — *Cincinnati Lancet*, 1871 (décembre).

morts. Je n'ai malheureusement pu me procurer ces statistiques, pour savoir ce qui revenait à l'un ou à l'autre de ces procédés.

Depuis 1875 jusqu'à maintenant, j'ai pu récolter çà et là dans la littérature 19 observations d'arthrotomie par la méthode directe, observations qui, jointes aux 17 observations de la thèse de M. Bernard (1875) et aux deux faits, qui font l'objet de ce rapport, nous donnent un total de 38 cas.

Sur ces 38 arthrotomies par la méthode directe, il y a eu 3 morts. Mais ces 3 morts sont dues, l'une au malade qui a défait son pansement (Saxtorph), l'autre à un pansement de Lister établi d'une façon défectueuse (pas de drainage, Eug. Bœckel), la troisième a été causée par un phlegmon survenu une dizaine de jours après la cicatrisation définitive de la plaie articulaire (Paquet de Lille). En bonne justice, de ces 3 morts il y en a 2 qui doivent être exceptées de notre statistique; il n'y aurait donc à ne compter ici tout au plus qu'une mort sur 36 opérés, soit un peu moins de 3 0/0.

Statistique (depuis 1875) des arthrotomies à ciel ouvert, par la méthode antiseptique.

Obs. I. — A. Guérin. — *Thèse Bernard*, 1877, p. 51. — Corps étranger à droite. — Pansement ouaté. — Phlegmon circonscrit autour de la plaie. — Guérison aveo raldeur articulaire.

Obs. II. — Tillaux. — *Thèse Bernard*, 1877, p. 53. — Corps étranger à droite.—Tentatives infructueuses par la méthode Goyrand. — Pansement ouaté. — Guérison. — Résultat fonctionnel très bon.

Obs. III. — Lister. — Voir *Journal de médecine et chirurgie pratiques*. Janvier 1869. — Corps étranger. — Extraction sous l'huile phéniquée. — Guérison.

Obs. IV. — Lucas-Championnière. — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*. Août 1877. — Corps étranger du genou gauche. — Extraction par le creux poplité. — Pansement de Lister. — Guérison sans raideur articulaire.

Obs. V. — Saxtorph. — Voir *thèse Bernard*, 1875, p. 69. — Corps étranger du genou gauche. — Excision directe avec le pansement phéniqué. — Guérison.

Obs. VI. — Saxtorph. — Corps étranger du genou droit. — Pansement de Lister. — Guérison. — Raideur articulaire.

Obs. VII. — Saxtorph. — Corps étranger du genou droit. — Arthrite chronique. — Extraction avec pansement de Lister. — Guérison. — Flexion du genou assez libre.

Obs. VIII. — Saxtorph. — Arthrophyte du genou gauche. — Exci-

sion. — Pansement de Lister. — Guérison avec intégrité des mouvements.

Obs. IX. — Saxtorph. — Arthrophyte du coude droit. — Excision. — Pansement de Lister. — Guérison.

Obs. X. — Saxtorph. — Arthrophyte du genou gauche. — Arthrite subaiguë, puis chronique. — Guérison complète. — Marche très bien.

Obs. XI. — Saxtorph. — Deux corps étrangers du genou gauche.— Arthrite. — Opération avec méthode antiseptique. — Petit phlegmon autour de la plaie. — Guérison. — Marche assez bien.

Obs. XII. — Saxtorph. — Arthrophyte du coude droit. — Opération avec méthode antiseptique. — Guérison.

Obs. XIII. — Saxtorph. — Arthrophyte du genou droit. — Excision. — Pansement de Lister. — Guérison. — Marche parfaitement.

Obs. XIV. — Barwell, *British Medic. Journal*, 1876. — Corps étranger du genou droit chez un rhumatisant. — Tentative infructueuse d'extraction par méthode indirecte. — Excision avec pansement de Lister. — Arthrite rhumatismale. — Guérison.

Obs. XV. — Barwell. — *Eodem loco.* — Corps étranger du genou gauche. — Excision avec pli à la peau. — Pansement de Lister. — Guérison. — Raideur légère.

Obs. XVI. — Barwell. — *Eodem loco.* — Corps étranger lipomateux dans le genou gauche. — Excision. — Pansement antiseptique. — Guérison.

Obs. XVII. — Bœckel (E.). — *Gazette des Hôpitaux*, 1876, p. 155. — Nombreux corps étrangers dans l'articulation métacarpo-phalangienne du médius. — Pansement de Lister. — Guérison avec retour intégral des mouvements.

Obs. XVIII. — Strejzet. — *Wien med. Wochensch*, XXVI, 1876. — Corps étranger du genou gauche. — Incision directe. — Pas de Lister. — Suture et pansement phéniqué. — Guérison en 6 semaines. — Flexion un peu limitée.

Obs. XIX. — Strejzet. — *Eodem loco.* — Corps étranger du genou droit. — Extraction. — Guérison avec faible suppuration de la plaie.

Obs. XX. — Santesson. — *Schmidt's Jahrbucher*, tome 183, p. 60. — 81 corps étrangers du genou gauche pesant en tout 75 grammes. — Pansement antiseptique. — Guérison avec faible suppuration de la plaie. — Mouvements libres. — De temps en temps, légères douleurs.

Obs. XXI. — Lichtenberger. — *Brit. Med. Journal*, 1874, n° 680, p. 44. — Corps étranger du genou gauche. — Méthode de Lister. — Guérison complète en une semaine.

Obs. XXII. — J. Bell. — *The Lancet*, 1875, tome II, page 311. — Extraction directe par la méthode antiseptique. — Guérison en 15 jours.

Obs. XXIII. — W. Williams. — *The Lancet*, 1875, tome II, p. 312.

— Corps étranger du genou droit. — Extraction avec méthode antiseptique. — Guérison complète en 15 jours.

Obs. XXIV-XXV-XXVI. — Iversen. — *Hospitalstitende*, 1875, 22. — 3 opérations d'extraction directe de corps étrangers, par la méthode antiseptique. — 3 guérisons.

Obs. XXVII. — Humphry. — *Brit. med. Journal*, 1879, vol. I, p. 272. 2 corps étrangers du genou gauche. — Incision directe avec méthode antiseptique. — Guérison en 5 semaines. — Raideurs.

Obs. XXVIII. — Annandale. — *The Lancet*, 1879, vol. II, p. 162. — Extraction des 3 corps étrangers. — Guérison. — Fonctions du membre conservées.

Obs. XXIX. — Annandale. — *Eodem loco*. — Extraction d'un corps étranger. — Guérison. — Fonctions du membre conservées.

Obs. XXX. — Paquet. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 729. — Extraction d'un corps étranger du genou. — Pansement thymolé. — Ouate et compression. — Phlegmon diffus le 22e jour. — Pyémie.

Obs. XXXI.—Paquet.—*Eodem loco*. — Extraction de 2 corps étrangers du genou. — Même pansement. — Guérison le 15e jour. — Mouvements commencés le 22e.

Obs. XXXII. — Verneuil. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 717. — Corps étranger du genou. — Taille articulaire. — Pansement antiseptique ouaté. — Guérison avec conservation des mouvements.

Obs. XXXIII. — Panas. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 721. — Simple mention. — Guérison.

Obs. XXXIV. — J.-Lucas Championnière. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 721 et 722. — Corps étranger du genou. — Guérison. — Marche très bien.

Obs. XXXV. — Eug. Bœckel. — *Bull. de la Société de chirurgie*, 1878, p. 722. — Corps étranger du genou. — Mort.

Obs. XXXVI. — Gillette. — *Société de chirurgie*, 1878, p. 723. — Extraction directe. — Réunion avec bandelettes collodionnées. — Pansement ouaté. — Guérison au bout de 3 semaines.

En résumé, avant 1867, par la méthode directe, on perdait 19 0/0 des opérés et 9 0/0 par la méthode sous-cutanée. Depuis l'application des principes de la méthode antiseptique à l'arthrotomie, dont le procédé de Goyrand a beaucoup moins bénéficié que le procédé à ciel ouvert, le chiffre des insuccès de cette dernière opération est tombé à moins de 3 0/0.

Sans m'appesantir sur les données d'une statistique de peu d'étendue, qui est encore loin de ré ondre d'une façon satisfaisante

au desideratum exprimé par M. Trélat, ces résultats m'ont semblé intéressants à faire connaître.

J'ai l'honneur de vous proposer : 1° d'adresser des remerciements à l'auteur pour son intéressante observation ; 2° de vouloir bien la publier dans vos bulletins.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Présentation de pièce.

Moule en plâtre d'une main gauche avec syndactylie et lipome volumineux,

Par M. Houel.

Ce moulage, avec la pièce naturelle, a été envoyé au Musée de la Faculté (n° 94 *a* du musée Dupuytren), par M. Viardin, chirurgien de l'hôpital de Troyes. Cette main provient d'une petite fille, d'environ 10 ans, qui présentait une syndactylie qui réunit ensemble, comme cela se voit sur le moule, le médius et l'annulaire qui sont englobés dans une même gaine cutanée jusqu'à leur extrémité onguéale, où on distingue assez nettement deux ongles.

Les deux doigts ainsi réunis sont très hypertrophiés dans toute leur étendue, et déviés en dedans du côté du petit doigt; ils présentent en même temps une courbe à concavité palmaire.

Le médius présente, à sa partie externe, une bosselure très considérable, qui s'étend aussi à la face antérieure des deux doigts réunis. Cette tumeur, qui était sillonnée par des veines nombreuses, avait subi un accroissement assez considérable pendant les mois qui ont précédé son ablation. Cette tumeur était aussi douloureuse, et quand le bras était pendant, les veines se dilataient fortement. Tous ces caractères avaient fait penser à quelques personnes qu'il s'agissait d'un angiome caverneux.

L'indicateur et le pouce sont également volumineux, mais surtout l'indicateur. La face dorsale de la main est aussi plus volumineuse que la face palmaire.

M. Viardin a désarticulé l'index, le médius et l'annulaire. Le tête du troisième métacarpien a même dû être réséquée à cause de son volume. L'enfant a très bien guéri; le pouce et le petit doigt, qui représentent la pince de homard, peuvent être facilement opposés.

Sur la pièce disséquée, on constate que les phalanges de l'indicateur sont très notablement hypertrophiées en longueur et en volume. L'index, qui a 9 centimètres et demi de longueur, est de toutes parts enveloppé d'une couche de graisse, sans que cette graisse fasse tumeur sur aucun point.

Les phalanges du médius et de l'annulaire sont enveloppées dans un sac cutané commun. Les phalanges du médius présentent une hypertrophie considérable en longueur et en circonférence. Elles ont 15 centimètres de longueur. Les phalanges de l'annulaire présentent leur développement normal. Comme l'annulaire et le médius sont contenus dans une même gaine cutanée, et que les ongles sont au même niveau, le médius a dû décrire une espèce de courbe à convexité dorsale et à concavité palmaire et interne, de façon à s'adapter à la longueur de l'annulaire.

Ces deux doigts sont, en outre, recouverts dans toute leur étendue d'une couche graisseuse fluctuante, très épaisse, véritable lipome périphérique qui engaine les deux doigts, et qui présente, à la partie externe du médius, un relief considérable où la graisse forme une espèce de tumeur.

Discussion.

M. Monod ne croit pas que l'on puisse donner le nom de lipome à cette lésion, puisqu'il y a une hypertrophie des os et de tous les éléments des doigts aussi bien que de la graisse.

M. Houel répond que c'est évidemment une hypertrophie du tissu cellulaire graisseux des doigts, et que, par conséquent, il s'agit bien d'un lipome.

La séance est levée à cinq heures et quart.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 4 août 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Les *Archives de médecine*. — Le *Lyon médical*. — Le *Bulletin général de thérapeutique*. — La *Revue médicale de Toulouse*. — Le *Bulletin de*

l'Académie royale de Belgique. — Les *Mémoires couronnés par l'Académie de médecine de Belgique.* — La *Gazette obstétricale;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Le *British medical.* — Les *Annales de la Société anatomique et chirurgicale* de *New-York;*

4° *Leçons cliniques sur l'uréthrotomie interne,* par M. Delefossane;

5° M. le baron Larrey offre à la Société : 1° Un exemplaire de son discours sur le *projet de loi sur l'administration de l'armée;* 2° son allocution prononcée à la Société protectrice des animaux; 3° *Notions sur les premiers secours à donner aux blessés sur le champ de bataille,* par M. Longet, médecin-major de 1re classe;

6° Deux exemplaires de la thèse de M. Piéchaud, envoyés pour le concours du prix Duval; cette thèse porte le titre : *De la ponction et de l'incision dans les maladies articulaires;*

7° M. Trélat offre un exemplaire du discours qu'il a prononcé sur la tombe de M. Broca, au nom de l'Académie;

8° Une observation de *hernie étranglée,* par le Dr Lemée, de Saint-Sever-sur-Adour (renvoyée à M. Périer, rapporteur).

M. le secrétaire général donne lecture d'un travail intitulé :

Quelques considérations sur les ligatures des artères et, en particulier, sur celle de l'artère tibiale antérieure,

par M. Fleury, de Clermont, membre correspondant.

Je désire appeler un instant l'attention de la Société de chirurgie sur un point de pratique chirurgicale qui a une grande importance, je veux parler des blessures artérielles de l'extrémité des membres.

Les nombreuses anastomoses, que l'on observe dans ces régions, y rendent très fréquentes les hémorragies primitives ou secondaires.

Dans ma longue carrière chirurgicale, j'ai pratiqué bien souvent des ligatures d'artères; j'ai toujours eu lieu de me féliciter de m'être adressé au tronc plutôt qu'aux branches.

Il m'est arrivé, dans une même séance, de voir une hémorragie au niveau du poignet persister après la ligature de l'une des artères de l'avant-bras, que la compression faisait cesser, ne céder qu'en portant le lien constricteur sur l'humérale. On comprend, en effet, qu'en arrêtant le sang dans les artères radiale et cubitale, on n'intercepte pas son cours dans l'interosseuse que fournit la cubitale à son extrémité inférieure, ou dans la radio-palmaire, qui a quelquefois un volume considérable.

C'est donc pour moi une règle inviolable, dans une hémorragie de la main, qui ne cède pas aux hémostatiques que nous employons généralement, de pratiquer immédiatement la ligature de l'artère brachiale ; jamais je n'ai vu échouer cette opération.

La même règle de conduite doit-elle être appliquée aux membres inférieurs ? la réponse me paraît devoir être affirmative.

Dans une circonstance toute récente je n'ai pas eu lieu de m'applaudir de m'en être écarté.

Le 1er avril de cette année, on nous conduit un enfant, âgé de 13 ans, qui s'est blessé, il y a trois semaines, avec l'extrémité d'une serpe. La pointe de l'outil a coupé l'artère pédieuse à sa sortie du ligament annulaire antérieur du tarse, une hémorragie abondante s'est faite immédiatement. Le père de l'enfant l'a arrêtée en saupoudrant la plaie avec du tabac et en la comprimant ensuite assez fortement.

Huit jours après, seconde hémorragie, bientôt suivie d'une troisième.

Un médecin appelé fait un léger tamponnement avec un boulette de charpie imbibée de perchlorure de fer ; mais comme l'écoulement du sang n'a jamais paru en sa présence, il n'y attache pas une grande importance et conseille aux parents de nous conduire l'enfant.

On observe sur le dos du pied, sur le trajet de l'artère pédieuse, au niveau du bord antérieur du ligament annulaire antérieur du tarse, une petite tumeur, noirâtre, aplatie, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, qui est agitée de pulsations isochrones aux battements du cœur.

La compression exercée sur un point du tronc artériel placé au-dessus du vaisseau les fait cesser immédiatement ; au-dessous elle ne les modifie pas d'une manière sensible, ce qui me fait espérer que la communication de la pédieuse avec l'extrémité de la plantaire externe est très peu développée.

Faut-il lier la tibiale antérieure ou l'artère crurale ? J'ai hésité un instant ; je n'avais jamais eu l'occasion de pratiquer la ligature du premier de ces vaisseaux ; mais, d'après ce que j'ai observé, je ne serais pas tenté de recommencer.

Le tendon du jambier antérieur est maintenu en place par l'aponévrose de la jambe, qui, dans cette portion du membre inférieur, offre une très grande résistance ; sa division fait cesser la constriction qu'elle exerce sur le tendon ; il s'échappe entre les lèvres de la plaie, et la saillie qu'il forme ne peut plus céder à la compression exercée par des bandelettes agglutinatives : c'est déjà un côté défectueux de l'opération ; malheureusement je ne m'en suis aperçu que lorsqu'elle a été pratiquée. On trouva bien quelques dif-

ficultés à découvrir le vaisseau, cependant on les surmonta facilement.

Les pulsations de la tumeur étaient devenues tellement fortes, que je craignais à chaque instant qu'elle ne se rompît et qu'une hémorragie ne se produisît. C'est ce qui me décida à porter une ligature sur la partie inférieure de l'artère tibiale antérieure. Cette opération fut pratiquée le 2 avril. La tumeur cesse immédiatement de battre, mais au bout de 24 heures une pulsation légère se manifeste ; elle augmente insensiblement, et après 18 heures elle est presque aussi forte que les jours précédents. C'est donc le bout inférieur qui ramène du sang. Je me disposais à en pratiquer la ligature sur le dos du pied, lorsque le 7 avril, on vient me dire qu'une nouvelle hémorragie s'est manifestée.

Quel n'est pas mon étonnement en voyant que le sang s'échappe entre les lèvres de la plaie qui a été faite pour découvrir le vaisseau; le fil a donc dû le couper?

Le petit malade était très affaibli. Il avait eu la veille une fièvre assez forte ; la jambe était gonflée et douloureuse ; on ne pouvait donc pas songer à une compression directe. Je pratique immédiatement la ligature de l'artère crurale dans le sommet du triangle de Scarpa.

Cette opération, généralement facile, est suivie d'un succès immédiat; l'écoulement du sang s'arrête; les pulsations cessent d'être perçues dans la tumeur anévrysmale.

Que va devenir maintenant le jambier antérieur, dont le tendon fait entre les lèvres de la plaie une saillie très prononcée? c'est facile à prévoir et l'exfoliation a été la conséquence de sa dénudation; la plaie a fourni pendant quelques jours une suppuration des plus abondantes.

J'ai pu, le 13 avril, enlever les débris du tendon gangrené.

Le 15, en renouvelant l'appareil, nous trouvons mêlé aux pièces du pansement le fil de la ligature qui étreignait l'artère crurale; il est donc resté en place sept jours, temps plus que suffisant pour que le caillot oblitérateur ait eu le temps de se former.

Les 17 et 18, l'interstice celluleux qui existe entre les tendons du jambier antérieur, de l'extenseur propre du gros orteil et de l'extenseur commun, fournit un écoulement de pus abondant. De la diarrhée se manifeste; l'enfant perd l'appétit; ses forces s'affaiblissent.

Ces accidents ont persisté jusqu'aux premiers jours de mai; à cette époque la suppuration a diminué, le petit malade a pu prendre quelques aliments. J'engage ses parents à le ramener dans son village; il quitte l'hôpital le 22 mai pour revenir chez lui.

Que deviendront maintenant les muscles extenseurs des orteils?

les mouvements se rétabliront-ils ? c'est ce que l'avenir nous apprendra ; j'ai recommandé à la mère de me ramener son enfant dès qu'il pourrait marcher.

Que serait-il arrivé sans l'hémorragie qui a été la conséquence de la section de l'artère tibiale antérieure ? c'est que j'aurais certainement lié la pédieuse avant son entrée dans son espace interosseux. L'écoulement du sang qui s'est produit le 7 avril et qui a été l'effet d'une section trop prompte de l'artère tibiale, pouvait se manifester le 8 et le 10 et me forcer à remonter à l'artère crurale. Trois plaies auraient ainsi été faites; la suppuration de chacune d'elles aurait augmenté la faiblesse du petit malade, qui a été sur le point de mourir.

Je crois donc qu'en règle générale, quel que soit le vaisseau qui fournit du sang sur le dos ou à la plante du pied, il faut lier immédiatement le tronc artériel dans le triangle de Scarpa ; l'opération est facile et réussit généralement.

La ligature au quart inférieur de la jambe est une mauvaise opération, qui devrait être proscrite d'une manière absolue, et dont on pourrait supprimer la description dans les traités de Médecine opératoire.

M. Desprès. M. Fleury, qui a été l'élève de Dupuytren, a conservé de son maître le précepte de faire la ligature des artères d'après la méthode d'Anel, au-dessus de la lésion, et même le plus loin possible de cette lésion, vers la racine du membre. Je ne conteste pas que M. Fleury ait obtenu des succès par cette méthode, mais je tiens à bien spécifier ici que les chirurgiens de l'école moderne font la ligature des artères dans la plaie ou le plus près possible de la plaie, et qu'ils se trouvent bien de cette manière de faire.

M. le secrétaire général lit ensuite une observation intitulée :

Pustule maligne de l'avant-bras droit sur une femme enceinte de six mois ; méthode antivirulente ; injections sous-cutanées faites avec la solution iodée au 1/4000 ; la même solution donnée en boisson ; guérison.

Par M. Chipault, d'Orléans, membre correspondant.

Il y a deux mois, j'ai eu l'occasion d'appliquer, sur une femme enceinte de 6 mois, atteinte de pustule maligne, la méthode antivirulente employée déjà pour la première fois, en 1876, d'après les

indications de M. Davaine, par Cézard, pour combattre un œdème malin des paupières.

Le fait que j'ai observé, vient appuyer l'emploi des injections sous-cutanées avec la solution iodée de Davaine, ou une solution plus forte, d'une manière si démonstrative que je demande à la Société de chirurgie, la permission de le lui communiquer.

La femme Papillon, âgée de 34 ans, entre à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 13 mai 1880.

Cette femme, de constitution assez forte, enceinte de 6 mois, est employée, comme journalière, chez une marchande de fruits et de volailles. Elle porte sur le bord radial de l'avant-bras droit, vers son tiers inférieur, une tache noire, de deux centimètres de hauteur sur quatre de largeur, déprimée, entourée d'une zone de phlyctènes couleur lie de vin.

A la partie externe de la face dorsale de la main, et sur la racine du pouce, existe un amas de petites phlyctènes irrégulièrement distribuées, remplies, les unes, d'un liquide clair ; les autres, d'une sérosité sanguinolente.

La tache noire et la couronne de phlyctènes qui l'entoure reposent sur une base très étendue, dont la consistance est dure, ligneuse.

Le bras et la main sont, comme l'avant-bras, très œdématiés, mais l'empâtement n'a plus la même dureté qu'à l'avant-bras. La peau est lisse, tendue, d'une coloration très légèrement jaune au bras et sillonnée de quelques marbrures rougeâtres. La peau de la main est plutôt rosée.

La main entière est boursouflée ; les doigts sont fortement fléchis, très gonflés et presque immobiles.

La palpation, très douloureuse sur la main et l'avant-bras, l'est moins sur le bras.

Les ganglions de l'aisselle droite sont hypertrophiés et douloureux.

La circonférence du coude normal est de 24 centimètres et celle du coude malade de 32c7.

La malade sent bien remuer son enfant.

P = 108. T = 37°2.

Quelques nausées ; malaise général.

L'avant-bras est entouré de charpie maintenue humide en permanence avec la solution d'acide phénique (20 gr. pour 1000 gr. d'eau).

Eau vineuse. Potion de Todd.

Le 13, dans la soirée, une céphalalgie intense vient s'ajouter aux nausées et au malaise. — Même traitement.

Je fais inoculer, par mon ami, le Dr Dubujadoux, un cobaye avec de la sérosité sanguinolente extraite des phlyctènes.

14 mai. Matin. P = 110. T = 37°4. La tache noire est entourée d'une zone couleur lie de vin, à contours nets, parsemée de phlyctènes plus développées qu'hier et d'une teinte grise.

La température locale, prise au pli du coude malade, est de 36°6 et de 35°4 du côté sain.

Soir. L'œdème s'étend sur l'épaule et au-dessus de la clavicule. Les ganglions de l'aisselle restent douloureux. P = 106. T = 37°6.

15 mai, matin. L'état reste le même. P = 106. T = 37°8. L'œdème sus-claviculaire n'a pas diminué. Nausées, anxiété.

Le cobaye, inoculé dans la soirée du 13, est mort ce matin, 36 heures après l'inoculation. Par le raclage du tissu cellulaire, au niveau des plaies d'inoculation, on obtient un peu de sérosité où déjà l'on peut trouver des bactéridies. Dans le sang de la rate, du foie et des poumons, les bactéridies se montrent plus nombreuses que les globules sanguins entre lesquels elles sont accumulées.

Le traitement iodé est immédiatement institué. Deux injections hypodermiques de vingt gouttes chacune sont pratiquées à quelques centimètres au-dessus de la zone phlycténoïde avec la solution suivante :

Iode..................	0, 25.
Iodure de potassium...	0, 50.
Eau..................	1 litre.

Ces injections provoquent une vive douleur, qui dure environ une demi-heure.

La malade prend, en outre, toutes les deux heures, la moitié d'une petite tasse de la même solution.

Le pansement phéniqué est maintenu.

Soir. Dans la journée, quelques nausées ; même état local que le matin. P = 110. T = 36°4.

Deux nouvelles injections, dans la même région, chacune de vingt gouttes de la solution iodée. — Potion de Todd.

16 mai, matin. Nuit assez bonne. Quelques nausées. Toux persistante. P = 106. — T = 36°6. Le membre est un peu dégonflé. L'empâtement de l'épaule a diminué. La clavicule est plus saillante.

Deux injections de vingt gouttes chacune. Solution iodée à l'intérieur.

Soir. La malade a mangé un peu ; toux moins forte, céphalalgie moins marquée. Les phlyctènes qui entourent l'escharre s'affaissent, et la surface noire se trouve dès lors plus étendue ; toute cette zone phlycténoïde a participé au sphacèle. L'œdème de l'épaule a diminué ; il ne remonte plus guère que vers l'insertion inférieure du deltoïde. Les ganglions de l'aisselle ne sont presque plus douloureux.

Quatre injections de dix gouttes chacune. La solution est continuée à l'intérieur.

17 mai, matin. La toux persiste encore, mais légère. La malade se trouve à l'aise. P = 96. T = 36°4. La dureté de l'œdème a disparu au niveau de l'avant-bras, là où elle était si accentuée hier encore. La circonférence du coude est de 31c7 ; elle a diminué d'un centimètre. Le centre de l'escharre se déprime ; elle est entourée d'une nouvelle zone de phlyctènes.

Quatre injections de dix gouttes.

Pour déterminer le degré de virulence, un second cobaye est inoculé.

Soir. Même état local. Même état général. P = 96. T = 36°4. — Potion de Todd.

Quatre injections de dix gouttes. Elles sont aussi douloureuses que les premières et la douleur dure aussi longtemps.

18 mai, matin. Nuit bonne. Etat général satisfaisant. Diminution notable de l'œdème ; la circonférence du coude n'est plus que de 30 centimètres.

Deux injections de dix gouttes.

Soir. P = 90. T = 36°6. La malade a mangé avec appétit.

Pas d'injections. La solution est continuée à l'intérieur.

19 mai, matin. P = 70. T = 36°4. La malade est très calme. Elle sent bien remuer son enfant. La tache noire initiale est très déprimée ; elle est entourée d'une zone noirâtre un peu moins foncée, et développée sur un plan un peu plus élevé ; cette zone est elle-même plus déprimée que le cercle de phlyctènes qui l'entoure.

Pas d'injections. La solution est continuée à l'intérieur.

Soir. P = 90. T = 36.8. L'œdème continue à diminuer. La main est beaucoup moins gonflée ; les doigts commencent à exécuter leurs mouvements.

20 mai, matin. P = 80. T = 36°4. Bonne nuit.

Soir. P = 80. T = 36°8. Etat général satisfaisant.

L'état local va toujours en s'améliorant. La peau a repris sa teinte naturelle ; les phlyctènes du poignet et de la main s'affaissent. La malade ressent des fourmillements dans le bras, mais pas de douleurs ; dans toute l'étendue du membre, excepté dans la région de la pustule, la sensibilité persiste intacte.

La solution iodée est supprimée ; depuis 5 jours, elle en a bu deux litres.

21 mai. — Matin. P = 80. T = 36°5.

Soir. P = 80. T = 36°7.

Bon état général. La malade boit et mange bien. Elle tousse encore un peu.

L'état local va s'améliorant chaque jour. La pression avec le doigt éveille quelque douleur au pourtour de la pustule ; mais tout le reste du membre est indolent. L'escharre est de plus en plus déprimée. Autour d'elle, et en dedans de la zone des phlyctènes qui l'entoure, commence à se former le cercle éliminatoire. Les piqûres des injections sont rouges, légèrement enflammées et un peu douloureuses.

Vin de quinquina, 90 grammes.

22 mai, matin. P = 90. T = 36°5.

Soir. P = 90. T = 36°8.

La main a presque sa forme naturelle ainsi que l'avant-bras ; il reste encore un peu de gonflement au niveau du coude. Les fourmillements, qui existaient hier encore dans la main, ont cessé. Le cercle éliminatoire s'accentue autour de l'escharre.

23 mai, matin. P = 80. T = 36°4.
Soir. P = 90. T = 37°.

Le gonflement a encore diminué ; le coude ne mesure plus que 26 centimètres de circonférence. L'escharre est très affaisée, noire ; le cercle éliminatoire est taillé à pic; il se dessine davantage. Toutes les phlyctènes ont disparu.

24 mai, matin. P = 70. T = 36°8.
Soir. P = 68. T = 37°.

Bon état général. Bon état local ; les bords de l'escharre se détachent de plus en plus du cercle éliminatoire.

25 mai, matin. P = 80. T = 37°.
Soir. P = 80. T = 37°1.

Le membre a repris presque son volume normal. La circonférence du coude malade n'est plus que de 25 centimètres ; du côté normal elle est de 24. L'escharre est déprimée de deux millimètres et demi au-dessous du niveau de la peau.

La malade s'est levée une heure sans fatigue.

26 mai, matin. P = 80. T = 36°6.
Soir. P = 80. T = 37°.

27 mai. P = 80. T = 37°.

28-29 mai. La malade continue à se lever. État satisfaisant. La grossesse continue son cours régulier.

30 mai. P = 70. T = 37°.

Tout le membre a repris sa forme naturelle; il a recouvré ses mouvements normaux. L'escharre est très profonde et continue à se détacher ; le cercle éliminatoire mesure cinq millimètres de largeur dans toute sa circonférence.

Le pansement phéniqué est maintenu.

Les jours suivant la malade va bien.

7 juin. L'escharre, qui mesure environ quatre millimètres d'épaisseur, commence à se détacher par sa face profonde ; mais je n'enlève que le 11 juin les brides qui la rendent encore adhérente au fond de la plaie. Cette plaie a une forme presque régulièrement arrondie ; ses bords sont nettement taillés à pic et mesurent cinq millimètres de hauteur. Les bourgeons charnus sont très francs ; la plaie se comporte d'ailleurs très normalement.

La femme Papillon demande à sortir, et je le lui permets le 15 juin. La grossesse continue son cours.

Le cobaye qui a été inoculé le 17 mai, au moment où la malade commençait à aller mieux, ne s'est nullement trouvé influencé par l'inoculation et il continue à se bien porter.

Dans cette observation, plusieurs points méritent d'attirer l'attention.

Tout d'abord la preuve du diagnostic est faite, et si les signes cliniques suffisent à l'établir, aucun doute n'est plus possible après l'inoculation et la mort du cobaye dont le sang renfermait une quantité considérable de bactéridies.

D'autre part, la preuve de la valeur du traitement est donnée aussi, puisque, deux jours après l'emploi des injections sous-cutanées, la malade va mieux et que cette amélioration coïncide avec la disparition des bactéridies, ce qui est démontré par une inoculation restée stérile, inoculation faite aussi sur un cochon d'Inde.

Enfin, la méthode antivirulente seule a été employée; c'est donc à elle seule que la guérison peut et doit être rapportée.

M. le président annonce que M. Notta, membre correspondant à Lisieux, assiste à la séance.

Communication.

par M. NOTTA.

Tumeur kystique de la parotide.

OBSERVATION. — Marie Gosse, âgée de 51 ans, entre à l'hôpital de Lisieux, le 27 juillet 1880.

Cette femme, d'une bonne santé, habite la campagne où elle se livre aux travaux des champs. Il y a quatre ans, sans cause appréciable, elle remarqua au-dessous du lobule de l'oreille, au niveau de l'angle de la mâchoire, une tumeur mobile, indolente, du volume d'une noisette; cette tumeur augmenta d'abord d'une façon presque insensible; mais, depuis un an, elle a au moins grossi de moitié. Bien qu'elle ne soit le siège d'aucune douleur ni d'aucun élancement, son volume gêne la malade et c'est ce qui la décide à venir nous consulter.

La tumeur est située dans la région parotidienne droite et s'étend depuis le niveau du tragus jusqu'au-dessous de l'angle de la mâchoire inférieure. Elle a le volume de la moitié d'une orange. Elle est mollasse et donne une sensation de fluctuation. Sa surface est unie; cependant il semble que l'on distingue quelques lobes à travers le tégument. Il n'y a pas de changement de couleur à la peau, qui n'est pas adhérente.

Si l'on prend la tumeur entre les doigts, on peut lui imprimer des mouvements de latéralité, et elle ne paraît pas adhérer aux parties profondes. Dans quelques points de sa circonférence on perçoit la sensation d'un bord plus ferme que le reste de la tumeur. Ajoutons qu'elle est indolente à la pression et qu'il n'y a aucun engorgement ganglionnaire.

L'état général est excellent.

Nous crûmes tout d'abord avoir affaire à un lipome : la mollesse de la tumeur, son développement, l'absence de douleur pouvait justifier ce diagnostic.

L'opération fut pratiquée le 29 juillet.

Une incision de douze centimètres, parallèle au bord postérieur du maxillaire inférieur, met à nu la surface externe de la tumeur. Celle-ci est attaquée par sa partie inférieure; l'énucléation en est assez difficile; quelques kystes se crèvent et laissent écouler un liquide sanguin; d'autres kystes se prolongent derrière le bord postérieur de l'os maxillaire. Ils paraissent avoir pris naissance à la face profonde des deux tiers inférieurs de la glande parotide. Le tiers supérieur paraissant sain est respecté. Toutefois, le nerf facial a été coupé et une paralysie faciale en fut la conséquence. Une dizaine de ligatures ont été appliquées sur des artères dans le courant de l'opération. La plaie est lavée avec de l'eau phéniquée et réunie; un drain est placé au centre et le pansement de Lister est appliqué.

Les suites de l'opération ont été des plus simples. La malade s'est levée au bout de huit jours et aujourd'hui, 7 août, la plaie est presque entièrement réunie, sauf les points qui donnent passage aux fils à ligature.

La tumeur est formée par une série de kystes remplis de sang noir, indépendants les uns des autres. A sa partie inférieure est une masse arrondie, de la grosseur d'une aveline, ressemblant à un ganglion lymphatique. En l'incisant, on voit à la coupe qu'elle est composée d'un tissu amorphe, grisâtre, dans lequel sont creusées deux petites cavités remplies de sang noir.

La difficulté du diagnostic, la rareté des faits analogues, m'ont déterminé à communiquer cette observation à la Société.

Discussion.

M. Després. Depuis le travail de M. Monod sur les angiomes, les tumeurs de la nature de celle que M. Notta a enlevée se multiplient. Cette tumeur me paraît être un angiome caverneux. J'ai vu chez un enfant de 13 ans, habitant la Normandie, un angiome du cou, situé au-dessous de la glande sous-maxillaire. Cette tumeur, qui datait de quatre années, ressemblait à un kyste, et les avis les plus divers furent formulés sur sa véritable nature. On diagnostiqua un lipome, une tumeur érectile veineuse, un fibrome, un kyste hydatique, un kyste ganglionnaire, un kyste du corps thyroïde. Bref, ce qu'il y avait de positif, c'est que la tumeur était fluctuante, qu'elle ne se réduisait pas, et qu'elle présentait dans son intérieur de petits noyaux durs. Je fis une petite incision exploratrice et je donnai issue à du sang noir. En présence de cet écoulement sanguin, il me vint à l'esprit l'idée d'un angiome caverneux. Je refermai immédiatement la plaie. Douze jours après, l'enfant allait assez bien pour se promener dans le jardin. Il voulut fumer pour la première fois de sa vie, et fut très malade de son essai. Quelques jours après, il eut deux hémorragies, une phlébite de la tumeur et des veines du cou, et succomba.

A l'autopsie, nous avons trouvé une tumeur du volume d'une

mandarine, située sous le bord antérieur du sterno-mastoïdien. La dissection apprit qu'elle recevait une branche artérielle venant de la carotide primitive, et envoyait une veine de petite dimension dans la jugulaire. La tumeur était enveloppée d'une coque fibreuse. A la coupe elle présentait une structure aréolaire avec des cavités communiquant ensemble. L'examen microscopique de la tumeur montra qu'il y avait dans les cloisons de la tumeur du tissu conjonctif, et de la graisse dans une des loges de cette tumeur; il y avait une véritable phlébolithe. Dans les loges de la tumeur, on n'a pas trouvé d'épithélium franc; il y avait partout du sang coagulé.

Cette tumeur m'a paru être un angiome ganglionnaire, c'est-à-dire, une transformation vasculaire d'un ganglion.

Depuis cette époque, j'ai rencontré une tumeur semblable siégeant dans la région sus-claviculaire. J'ai dissuadé le malade de se faire opérer.

Nous avons besoin de faire notre éducation au point de vue de la nature de ces tumeurs et de l'opportunité de les opérer. A ce point de vue, il est très important de savoir ce que deviendra la malade opérée par M. Notta.

M. Anger. Les kystes de la parotide sont rares. Je n'en ai observé, pour ma part, qu'un seul exemple. Il ne s'agissait pas d'un kyste multiloculaire; le liquide, qui avait la consistance d'une solution de gomme, et qui était filant, était renfermé dans une seule poche. J'y injectai deux gouttes de chlorure de zinc. Il y eut une inflammation consécutive assez intense, puis cette inflammation se calma, et le malade guérit. J'ai communiqué cette observation au congrès d'Amsterdam.

Je ne crois pas que la tumeur présentée par M. Notta soit un angiome. J'ai enlevé, chez une femme, une tumeur semblable contenant des kystes multiples, située dans la région inguinale. Cette tumeur ayant récidivé, je l'ai opérée une seconde fois, et j'ai constaté qu'elle s'était développée dans les attaches du ligament rond.

M. Monod. La tumeur de M. Notta ne me paraît pas être un angiome. Elle s'est développée, en effet, dans la partie inférieure de la parotide. Elle ressemble à certaines tumeurs adénoïdes du sein, qui présentent des vacuoles et des kystes contenant bien souvent un liquide sanguin.

M. Trélat. Je ne suis pas en mesure de me prononcer sur la nature de cette tumeur. M. Anger a dit qu'elle n'avait pas l'aspect d'un angiome transformé en kyste. La transformation des angiomes

en kystes donne lieu à des tumeurs multiloculaires contenant de la graisse et des phlébolithes. Mais les angiomes circonscrits ne sont pas des angiomes caverneux, ce sont des tumeurs dont le tissu ressemble à celui de la rate ou des reins.

M. Desprès a dit que c'était un angiome accidentel. Nous ne sommes pas bien fixés sur l'origine de ces tumeurs. Il est probable qu'elles sont plutôt congénitales qu'accidentelles. Les malades ignorent toujours depuis quand ils portent leur tumeur, et il peut bien se faire que cette tumeur soit congénitale et qu'elle ait acquis son développement à l'époque de l'adolescence.

Les angiomes circonscrits ont tous les caractères des lipomes, plus une légère coloration bleuâtre; de sorte qu'une tumeur simulant un lipome petit, bien circonscrit, et présentant une couleur légèrement bleue, me porte à diagnostiquer un angiome. Quelquefois ces tumeurs, parfaitement bénignes, donnent lieu à des accès de douleur; j'en ai vu plusieurs exemples.

Contrairement à l'opinion de M. Desprès, j'ai opéré tous les malades qui se sont présentés à moi avec de semblables tumeurs. Tous mes opérés ont guéri sans accident. Par conséquent, je suis autorisé à dire que toutes les fois qu'on a réellement affaire à un angiome sous-cutané, limité, il faut l'enlever.

M. Verneuil. Voici le quatrième spécimen d'une tumeur de ce genre que je vois. La première siégeait au pli de l'aine, et a été enlevée par Robert; elle contenait du pus. La seconde était dans le testicule; Denonvilliers l'opéra.

Lorsqu'on examine l'intérieur de ces tumeurs, on trouve qu'elles ont un aspect qu'on ne peut mieux comparer qu'à la paroi interne des ventricules du cœur. Je ne sais pas quelle est leur nature.

Il serait très important de faire leur histologie complète, avant de les rattacher à une variété de tumeur connue.

M. Desprès. Je suis convaincu qu'il s'agit d'une tumeur veineuse accidentelle ou d'un angiome accidentel.

Chez mon malade la tumeur n'était pas congénitale.

Le kyste, dont a parlé M. Anger, est un kyste de la région parotidienne; mais il est douteux que ce soit un kyste de la parotide.

Je n'ai pas dit que les angiomes sous-cutanés, douloureux, ne doivent pas être touchés. Par cela même qu'ils sont circonscrits, il faut les opérer. Mais quand il s'agit d'un angiome en communication avec le système veineux, l'opération est souvent très grave.

Je repousse l'opinion de M. Monod qui a dit que la tumeur en question ressemblait à un adénome kystique. Il n'y a pas, en effet, ces végétations dans l'intérieur des poches, que l'on rencontre

dans les adénomes kystiques. Il n'y a que du sang pur, ce qu n'arrive jamais dans les tumeurs adénoïdes.

M. Gillette. J'ai observé, chez un enfant de trois ans, sur le côté du cou, une tumeur bleuâtre, molle, fluctuante, réductible. Cette tumeur existait depuis six mois seulement et n'était pas congénitale. En opérant, je m'aperçus que j'avais affaire à un angiome sous-aponévrotique. Je disséquai la tumeur, puis j'obtins la réunion par première intention, et j'eus le bonheur de guérir mon malade. Je ne pense pas qu'il y ait autant de danger à opérer ces tumeurs que M. Desprès vient de le dire.

M. Trélat. M. Monod et moi avons parlé des angiomes sous-cutanés circonscrits. M. Desprès fait allusion aux tumeurs érectiles graves. Dans ce dernier cas, nous sommes sur le terrain des angiomes caverneux très considérables, diffus, qui donnent lieu à des hémorragies, et qui impliquent une marche et un pronostic particulièrement graves. Nous raisonnons donc sur des choses différentes.

Quant à la tumeur de M. Notta, je demande qu'on ne discute pas plus longtemps sur une production morbide, dont presque tout le monde avoue ne pas connaître la nature.

M. Monod demande à M. Notta si sa tumeur avait des relations avec les vaisseaux du cou.

M. Notta. La dissection a donné lieu à l'issue d'une assez grande quantité de sang, bien qu'il n'y eût pas de gros troncs vasculaires se rendant dans la tumeur. Les kystes étaient indépendants les uns des autres. Ils étaient disposés comme dans une grappe. Leur ensemble ressemble à certaines tumeurs du sein qui sont remplies de sang.

J'ai attaqué cette tumeur pensant avoir affaire à un lipome. Il me semble que je n'ai pas eu tort de l'enlever, parce qu'elle était devenue très volumineuse.

L'opérée va très bien, et sa plaie s'est réunie par première intention.

Communication.

Névrite optique double avec myélite aiguë temporaire.

Par le Dr J. Chauvel, membre correspondant.

Les relations étroites qui existent entre certaines lésions chroniques des nerfs optiques et les altérations également chroniques de

Le Gérant: G. MASSON.

Société d'imp. Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J.-Rousseau. 63.8-80.

la moelle épinière sont aujourd'hui bien connues. La sclérose des tractus optiques est une complication commune de l'ataxie locomotrice. Les phénomènes oculaires précèdent même quelquefois de plusieurs années les premiers signes de la sclérose médullaire. Ball, Abadie, Terrier, etc., ont constaté l'atrophie des nerfs optiques dans le cours du mal vertébral de Pott. L'existence de rapports aussi intimes entre les lésions aiguës de l'axe spinal et les altérations des nerfs visuels, paraît jusqu'ici moins nettement démontrée. Dans les quelques recherches auxquelles je me suis livré, je n'ai trouvé dans les publications spéciales qu'un fort petit nombre de faits qui montrent ces relations. Ces observations ne m'ont paru ni assez nombreuses, ni assez probantes pour permettre un travail d'ensemble. Je me bornerai donc à rapporter le fait intéressant sous ce rapport, que je viens de rencontrer.

Observation. Le nommé R... Henri, âgé de 23 ans, cavalier au 9ᵉ régiment de dragons, entre dans mon service, au Val-de-Grâce, salle 13, lit 26, le 23 février 1880. Constitution robuste, bonne santé habituelle, aucune maladie antérieure, ni syphilis, ni alcoolisme; pas d'antécédents héréditaires.

A la suite de quelques excès vénériens, la vision, jusqu'alors excellente, commence, dans le courant de janvier 1880, à s'affaiblir d'une manière assez sensible, exclusivement de l'œil gauche. Sans douleurs, sans aucun phénomène morbide, la vue, de ce côté gauche, devient, en quelques semaines, tellement confuse, qu'au commencement de février, le malade inquiet se présente à la visite. Le médecin du corps reconnaît une névrite optique et R... est envoyé à l'hôpital.

23 *février*. L'acuité visuelle, réduite à 1/2 pour l'œil droit, est descendue au-dessous de 1/100 pour l'œil gauche. A peine le malade distingue-t-il les doigts à vingt centimètres. L'examen confirme le diagnostic de névrite optique gauche à la première période. La papille est très congestionnée, de couleur rouge foncé, à bords diffus. Les veines rétiniennes sont grosses et un peu variqueuses, la rétine légèrement œdémateuse au voisinage de la papille. Cette hypérémie contraste avec l'aspect normal du disque optique droit. Le champ visuel, tant pour les couleurs que pour la lumière blanche, n'est point sensiblement rétréci. Aucun symptôme de lésion encéphalique. Des petits vésicatoires volants, des ventouses Horteloup, l'administration du sublimé, de l'iodure de potassium, jusqu'à la dose de 4 grammes par jour, ne modifient pas sensiblement la situation.

Dans les premières semaines de mars, R... se plaint de douleurs vagues dans les parois de la poitrine et du ventre. Le 16 mars, il accuse, dans le membre inférieur gauche, une faiblesse telle que la marche n'est plus possible. En quelques jours, se montrent tous les signes d'une affection aiguë de la moelle épinière : douleurs spontanées en ceinture et sensibilité à la pression des apophyses épineuses dans la portion dorsale du rachis ; paralysie de la vessie et du rectum ave-

rétention des urines; paralysie de la motilité et diminution notable de la sensibilité dans tout le membre inférieur gauche; parésie moins complète du membre inférieur droit; secousses convulsives très fréquentes et tout à fait involontaires, etc. Pendant que s'accentuent chaque jour ces phénomènes médullaires, l'acuité visuelle de l'œil gauche augmente progressivement, la lecture des gros caractères devient possible, et l'examen ophtalmoscopique permet de constater une diminution évidente de la congestion du disque papillaire et de la suffusion périphérique.

Cependant, soit par la marche naturelle de l'affection, soit par l'effet du traitement (révulsifs locaux sur le rachis, injections de strychnine, etc.), les phénomènes paralytiques commencèrent à s'amender vers le milieu du mois d'avril. L'amélioration, d'abord lente, s'accentue progressivement; la motilité et la sensibilité étaient assez complètes au commencement de mai, pour que le malade, malgré le développement d'une épididymite occasionnée par des cathétérismes fréquents et parfois difficiles, pût sortir de son lit et se promener dans la salle.

9 *mai*. L'acuité visuelle est de 15/20 pour les deux yeux. La papille gauche est un peu paresseuse et plus large que celle du côté droit. Les milieux de l'œil sont parfaitement transparents; la réfraction statique normale. A gauche, l'amplitude de l'accommodation est légèrement diminuée. L'examen ophtalmoscopique montre le disque optique gauche encore un peu diffus sur ses bords, et d'une coloration blanc jaunâtre uniforme, qui contraste avec la teinte gris rougeâtre de la papille de l'œil droit. Veines rétiniennes encore un peu volumineuses; artères plutôt rétrécies. Pas d'altération de la choroïde ni de la région maculaire. Champ visuel normal. La perception des couleurs n'est aucunement altérée.

Au commencement du mois de juin, le malade n'accuse plus aucun trouble, ni du côté de la vision, ni dans les membres inférieurs. La miction se fait normalement; la marche est facile et sûre; les douleurs ont complètement disparu. A ce moment, l'œil droit commence à s'altérer à son tour: la vue devient moins nette, les objets semblent un peu confus, en dehors et au-dessous du point de fixation. L'examen ophtalmoscopique fait constater une hypérémie très prononcée de la papille droite, dont les bords sont flous et mal limités. Aucune lésion de la macula. Sous l'influence de quelques émissions sanguines (ventouses Horteloup), les troubles visuels disparaissent en grande partie, et le malade quitte l'hôpital en assez bon état, le 16 juin, pour se rendre en convalescence dans son pays.

L'observation, que je viens de résumer, me paraît démontrer la possibilité de rapports entre les lésions du nerf optique et les affections aiguës de la moelle épinière. On peut admettre, en effet, que l'excitation génésique, précédant les troubles visuels et la paralysie des membres inférieurs, n'a pas été, chez ce malade, la cause productrice, mais bien le premier symptôme de la maladie de la moelle. La névrite optique gauche, dans cette interprétation, n'a

pas précédé, mais simplement accompagné la myélite aiguë. Qu'on admette, au reste, la succession ou la coïncidence des deux affections, il nous semble impossible de nier tout rapport entre leur évolution simultanée. L'une et l'autre se sont rapidement améliorées; les fonctions sont actuellement rétablies, mais la névrite optique se traduit encore à l'examen objectif par des modifications dans l'aspect des disques papillaires. L'inflammation du nerf optique droit, dont nous avons constaté les premiers signes, est-elle absolument arrêtée dans son évolution? Nous avons toute raison d'en douter.

Malgré la disparition des troubles visuels, la congestion, l'hypérémie de la papille sont restées absolument les mêmes et témoignent d'altérations de tissu dont le traitement n'a pas sensiblement modifié la marche. Nous continuerons, au reste, à suivre ce malade et, dans quelques mois, nous pourrons constater le bien ou le mal fondé de nos appréhensions.

En résumé : développement simultané ou succession rapide d'une double névrite optique et d'une myélite aiguë, chez un sujet jeune, robuste et jusqu'alors bien portant ; évolution rapide de ces affections; tendance inaccoutumée à une guérison pour ainsi dire spontanée; tels sont les points intéressants de cette observation.

La séance est levée à 5 heures et demie.

Le secrétaire,
Polaillon.

Séance du 11 août 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin de la Société de chirurgie.* — Le *Bulletin médical du Nord.* — Le *Lyon médical.* — Le *Journal de thérapeutique.* — Le *Journal de médecine et de chirurgie.* — La *Revue médicale de l'Est.* — La *Gazette médicale de Strasbourg.* — Le *Recueil d'ophthalmologie ;*

3° Le *Journal d'Athènes.* — Le *Practitionner.* — La *Gazette*

médicale italienne-lombarde. — Le *British medical.* — Le *Journal international des sciences médicales de Naples.* — La *Chronique médicale de la Havane;*

4° *De la cure radicale des hernies*, par le Dr O. Delbastaille, de Liège ;

5° *De la cystite.* — *De la cystotomie*, par le Dr Chauvet ;

6° *Observation de désarticulation de la hanche pour une nécrose du fémur suivie de fracture spontanée et d'une périostite suppurée très étendue.* — *Guérison.* — *Appareil prothétique ;*

7° *Deux moules de pieds amputés par le procédé de Chopart*, par le Dr Demons, chirurgien de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux (Rapporteur M. Terrier).

Mémoire.

De l'étranglement dans les hernies compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité,

par le Dr E. Bourguet (d'Aix), membre correspondant.

Dans un mémoire lu à la dernière réunion de l'*Association française pour l'avancement des sciences* et inséré dans les *Archives de médecine* [1], nous avons rapporté deux observations d'étranglement survenu chez des sujets atteints de hernies depuis longtemps irréductibles par suite d'adhérences.

Les faits de ce genre étant peu nombreux dans la science, nous avons pensé que la *Société de chirurgie* accueillerait avec intérêt les recherches que nous avons entreprises sur ce sujet spécial, ainsi que quelques réflexions tendant à faire ressortir l'importance de cette étude au point de vue de la pratique chirurgicale.

Commençons d'abord par résumer succinctement les deux faits dont il s'agit :

Obs. I. — Jeune homme de 24 ans, atteint de hernie inguinale congénitale du côté droit. Hernie irréductible depuis 15 ou 16 ans ; irréductibilité constatée au moment du conseil de revision et le malade exempté pour ce motif du service militaire.

Le 22 mai 1869, sans cause bien appréciable, augmentation brusque de volume et endolorissement de la tumeur herniaire ; suppression des selles ; vomissements ; douleurs abdominales. Aggravation graduelle de tous ces symptômes, malgré l'administration des purgatifs par l'estomac et par la voie rectale. Plus tard, vomissements fécaloïdes ; persistance de la constipation ; ballonnement du ventre ; absence d'é-

[1] *Arch. gén. de méd.*, n° de novembre 1879.

missions gazeuses par l'anus; altération des traits; prostration profonde; algidité.

Opération le 25 mai, soixante-huit heures après le début des accidents.

A l'ouverture du sac, on constate de nombreuses adhérences solides et résistantes, parfaitement organisées, ayant tous les caractères d'adhérences anciennes fixant l'intestin et l'épiploon à la partie postérieure et supérieure du sac. Des adhérences semblables, mais moins étendues, existent également entre l'intestin et l'épiploon. L'anse intestinale comprise dans la hernie, longue de quinze à vingt centimètres, légèrement tuméfiée et infiltrée de sérosité, présente, au niveau du siège de l'étranglement, un petit sillon circulaire, et, à la partie inférieure de sa convexité, deux plaques gangréneuses, de forme irrégulièrement ovalaire, très rapprochées l'une de l'autre, représentant ensemble une surface de quinze à dix-huit millimètres dans son plus grand diamètre. Partout ailleurs l'intestin conserve sa vitalité : il est seulement un peu dépoli en quelques points et offre une coloration rouge brunâtre.

L'épiploon forme une masse indurée du volume d'une petite orange, de couleur vineuse très foncée. La surface interne du sac présente une rougeur vive dans la plus grande partie de son étendue; on n'y distingue, sur aucun point, des traces de fausses membranes, ni d'adhérences récentes. L'étranglement siège au collet, à la hauteur de l'orifice supérieur du canal inguinal; la constriction n'est pas très prononcée; cependant, ainsi que cela a été dit, l'anse intestinale en porte des traces évidentes.

Après avoir détruit les adhérences, lié et excisé une masse assez volumineuse d'épiploon, l'intestin est réduit dans la cavité abdominale et fixé, au moyen de deux anses de fil de soie, en face de la plaie résultant de l'opération. L'escharre gangréneuse se détache le huitième jour et est suivie de la production d'une fistule stercorale, qui s'oblitère d'elle-même au bout d'un mois. La guérison est complète et le malade est en état de quitter l'hôpital le trente-troisième jour.

Obs. II. — Femme de 51 ans. Hernie crurale gauche datant d'une quinzaine d'années, irréductible depuis huit ans. Apparition des premiers symptômes de l'étranglement le 21 mai 1877. Aggravation, malgré une médication rationnelle; suppression des selles depuis quatre jours; nature fécaloïde des vomissements; face grippée; commencements d'algidité; douleurs abdominales; météorisme, etc.

Opération le 24 mai, soixante-huit heures après le début de l'étranglement. Le sac ouvert, on découvre une masse épiploïque de couleur noirâtre, très fortement enflammée, tuméfiée, remplissant une grande partie du sac et recouvrant une anse d'intestin grêle de huit à dix centimètres de long. La cavité du sac participe à l'inflammation dans toute son étendue. Le liquide qu'elle renferme est sanguinolent et on y constate, sur plusieurs points, des fausses membranes récentes. Il existe, en outre, des adhérences anciennes qui unissent l'intestin au sac et à

l'épiploon. L'anse intestinale est tuméfiée au-dessous de l'anneau constricteur et présente, de même que l'épiploon et la face interne du sac, une couleur violet foncé, presque noirâtre, et un épaississement manifeste de ses tuniques. On y aperçoit des traces de striction circulaire sur la partie correspondant à l'anneau crural. Pas d'indices de gangrène.

Même conduite opératoire que dans le cas précédent : destruction des adhérences avec le doigt et les ciseaux ; ligature et excision de l'épiploon. Réduction de l'anse intestinale, en la maintenant fixée contre la paroi abdominale au moyen d'une petite lanière tenant à l'intestin et résultant d'un débris des adhérences et d'une parcelle de la séreuse intestinale elle-même. Pansement à plat. Guérison sans fistule stercorale.

Ces deux faits, dont les détails se trouvent exposés longuement dans le travail rappelé plus haut, ne permettent pas de mettre en doute la réalité de l'étranglement dans un certain nombre de hernies depuis longtemps irréductibles par suite d'adhérences.

On y rencontre, en effet, à côté des signes pathognomoniques de l'inflammation du sac ou *péritonite herniaire,* les vomissements fécaloïdes, la suppression complète et prolongée des selles, le météorisme, l'absence d'émissions gazeuses par l'anus, les douleurs abdominales, l'altération des traits de la face, la prostration profonde, l'algidité, enfin des traces de striction circulaire sur l'anse intestinale, en même temps que la tuméfaction, l'infiltration, l'épaississement des tuniques de l'intestin, et, dans un cas, la gangrène, c'est-à-dire tous les symptômes et toutes les lésions anatomiques qui caractérisent l'étranglement herniaire proprement dit.

D'un autre côté, l'existence de l'irréductibilité de la hernie et des adhérences d'ancienne date y est démontrée, non seulement par les renseignements très circonstanciés fournis par les malades, mais encore par la solidité et la complète organisation de ces mêmes adhérences rencontrées au moment de l'opération.

Ainsi que nous l'avons dit en commençant, les faits analogues à ceux que nous venons de rappeler, ne sont pas communs dans la science. Sur un total de 66 opérations de hernie étranglée qu'il avait eu l'occasion de pratiquer en 1864, M. le professeur Gosselin déclare ne pas en avoir rencontré d'exemple. Il ajoute que, dans ses dissections sur le cadavre, il n'a jamais trouvé l'intestin et l'épiploon adhérents au sac. Après avoir passé en revue un certain nombre de faits de ce genre rapportés par les auteurs, il ne considère comme probant, sous ce rapport, qu'un cas relaté par Arnaud [1].

[1] L. Gosselin. Leçons sur les hernies abdom., p. 54, 65.

Malgré la profonde déférence que nous avons pour l'opinion de M. Gosselin, nous avons quelque peine à croire que ces faits soient aussi rares qu'il le suppose, et nous pensons, en nous étayant sur les deux cas de notre pratique et sur un certain nombre d'autres relevés dans divers auteurs, que la coexistence d'un étranglement véritable avec une hernie, depuis longtemps irréductible par suite d'adhérences entre les viscères et le sac, repose sur un assez grand nombre de faits cliniques pour mériter de fixer l'attention des chirurgiens, à cause des indications particulières qu'elle fournit au point de vue du traitement ; la connaissance de ce fait permettant d'intervenir d'une façon plus opportune avant que des lésions graves, parfois même irrémédiables, se soient produites.

A l'appui de cette proposition, dont l'importance pratique n'échappera à personne, nous croyons devoir rapporter sommairement les exemples auxquels nous venons de faire allusion, en faisant remarquer qu'il doit en exister plusieurs autres qui ont échappé à nos recherches, et que le nombre en serait très probablement plus considérable encore si les théories, qui dominent dans la science depuis près de quarante ans sous la puissante impulsion de Malgaigne, en rattachant les accidents à un *pseudo-étranglement*, déterminé lui-même par l'inflammation du sac ou péritonite herniaire, n'avaient détourné plus d'un chirurgien de rechercher les signes et les lésions caractéristiques de l'étranglement réel dans quelques-unes de ces hernies terminées par la mort ou suivies de l'opération.

Nous commencerons tout d'abord par l'observation d'Arnaud, que M. Gosselin a considérée comme probante :

Obs. III. Un homme, de 60 ans, porteur, depuis plus de vingt ans, d'une hernie qui descendait jusque vers le milieu de la cuisse et qui possédait le même volume depuis six ans, fut opéré par Arnaud. Il existait, depuis cinq jours, des vomissements de matières fécales. A l'ouverture de la tumeur, les intestins *furent trouvés adhérents au point de ne faire qu'un seul corps avec le sac herniaire. L'intestin était gangrené dans bien des endroits.* La confusion dans laquelle étaient toutes les parties par les adhérences charnues et épaisses qui les unissaient ensemble, et la mortification dont la plus grande portion de l'intestin était attaquée, décidèrent l'opérateur à emporter tout ce qui était hors du ventre. Plus de sept pieds d'intestin furent ainsi enlevés. Les deux bouts, qui restèrent et qui sortaient à travers l'anneau, étaient formés par le colon et l'iléon Ces deux bouts de boyau étaient tellement serrés par l'anneau que les matières fécales ne pouvaient pas sortir. Un débridement fut pratiqué et permit à ces matières de sortir avec abondance. Le malade guérit en six semaines. Il conserva par la suite un anus contre nature[1].

[1] G. Arnaud, *Tr. des hern.*, t. II, p. 215, obs. XVII, Paris, 1749.

A côté de cette observation, remarquable par la hardiesse de la conduite tenue par Arnaud, le résultat relativement favorable de l'opération, l'évidence de l'étranglement et sa coïncidence avec une hernie depuis longtemps irréductible et adhérente, on en trouve trois autres qui ne manquent pas non plus d'intérêt sous plusieurs rapports, particulièrement sous celui qui nous occupe en ce moment, et dont nous croyons également devoir reproduire les principaux détails.

La première est empruntée, par Arnaud, à la pratique de J.-L. Petit.

Obs. IV.— Un homme, d'environ 20 ans, portait une hernie habituelle depuis sa plus tendre jeunesse. Il lui survint *tous les accidents* qui engagèrent J.-L. Petit à lui faire l'opération. La tumeur qui remplissait le scrotum était de la grosseur de la tête d'un enfant d'un an.

Les parties *étaient si adhérentes* que l'opérateur ne crut pas devoir s'occuper du soin de les détacher; il les mit seulement à l'aise en débridant l'anneau. Le malade guérit parfaitement et n'éprouva d'autre incommodité à la suite de l'opération que de ressentir de temps en temps quelques coliques[1].

La seconde et la troisième observation appartiennent à Arnaud lui-même :

Obs. V. — Une femme, de 45 ans, atteinte de hernie crurale étranglée, fut opérée par ce chirurgien. A l'ouverture du sac, l'intestin fut trouvé si *intimement adhérent* à cette enveloppe que l'opérateur se vit obligé de les séparer. Il ouvrit donc l'intestin par une incision longitudinale. Mais l'étranglement, que formait l'anneau, *empêcha les matières de sortir et obligea à débrider. Aucun vide n'existait entre l'intestin et le sac qui pût permettre à l'instrument dilatant d'y passer.* Arnaud pratiqua alors la célèbre opération du débridement qui porte son nom : il introduisit le bistouri boutonné dans la cavité de l'intestin assez avant pour couper d'un seul coup l'intestin, le sac et l'anneau constricteur. Aussitôt les matières s'écoulèrent et le malade fut soulagé. L'intestin se retira petit à petit et finit par rentrer dans le ventre. Au bout d'un mois, les matières cessèrent de couler par la plaie et la cicatrisation fut complète le quarantième jour[2].

La suivante ressemble beaucoup à celle qu'on vient de lire :

Obs. VI. — Pendant une opération de hernie inguinale étranglée, chez une femme de 67 ans, Arnaud rencontra l'intestin *si fort adhérent à la face interne du sac herniaire qu'ils ne semblaient faire qu'un seul corps et ressemblaient à une ancienne cicatrice dure et calleuse.* Le même procédé opératoire fut mis en usage, seulement le premier débridement *resta insuffisant* et il fallut *y revenir* le lendemain. Les

[1] G. Arnaud, *Tr. des hern.*, t. II, p. 194, obs. XIV.
[2] *Ibid.*, p. 199, obs. XV.

matières *sortirent alors en abondance*. La plaie fut guérie en vingt-cinq jours. Mais le malade succomba un peu plus tard par suite de l'imprudence d'un garçon chirurgien, qui introduisit une sonde dans la plaie, lorsque celle-ci était sur le point de se fermer, et qui perça l'intestin d'outre en outre, ce qui détermina un épanchement stercoral dans le péritoine[1].

Quoique l'irréductibilité ancienne de la hernie ne soit mentionnée dans aucune de ces trois dernières observations, elle nous paraît ressortir implicitement des détails relatifs aux adhérences constatées à l'ouverture du sac, chez ces trois malades, en particulier de ce qui y est dit de leur solidité, de leur étendue, de leur aspect extérieur.

Comment admettre, en effet, que des adhérences qui n'auraient daté que de quelques jours, c'est-à-dire depuis le début de l'étranglement, eussent pu offrir une résistance assez grande pour détourner un chirurgien aussi habile et aussi expérimenté que J.-L. Petit d'entreprendre de les détacher, ou encore pour obliger Arnaud à y renoncer après l'avoir essayé, ou bien enfin pour revêtir les apparences d'une cicatrice dure et calleuse?...

Quant à l'étranglement lui-même, tout concourt pareillement à démontrer sa réalité, au lieu d'une simple péritonite herniaire. Ainsi, dans l'observation de J.-L. Petit, il est dit expressément que tous les accidents existaient; dans celles d'Arnaud, on voit le resserrement formé par l'anneau être assez intense pour empêcher les matières de sortir et ne céder qu'à un large débridement par la cavité de l'intestin. Dans la dernière même, un premier débridement reste insuffisant; il faut y revenir le lendemain.

Les trois observations suivantes ne sont pas moins intéressantes. Elles sont, en outre, un peu plus complètes :

Obs. VII. — Une femme portait, depuis sept ans, une hernie crurale contenue par un bandage qui laissait sortir une portion de l'intestin. Des symptômes très manifestes d'étranglement s'étant produits, l'opération fut pratiquée par Garengeot, en présence d'Arnaud père et fils. On rencontra des adhérences très étendues au niveau de l'anneau intérieur. *L'anse intestinale était tellement unie au sac herniaire, qu'il ne fut pas possible d'introduire le plus petit stylet entre l'intestin et les parties qui lui avaient permis le passage*. L'opérateur tenta de détruire ces adhérences; mais, après une demi-heure de dissection, il fut obligé de renoncer à continuer, de peur d'ouvrir l'intestin ou les vaisseaux cruraux. Il se borna, en conséquence, à lever l'étranglement. La malade mourut la nuit suivante[2].

[1] G. Arnaud, *Tr. des hern.*, t. II, p. 205, obs. XVI.
[2] R. C. Garengeot, *Tr. des opér. de chir.*, t. I, p. 286. — Paris, 1748.

Le cas suivant est rapporté par Dionis :

Obs. VIII. — Un porteur de blé avait une vieille descente négligée. L'intestin faisait sa résidence dans le scrotum, où, par un long séjour, il s'était attaché aux membranes voisines. Un étranglement se produisit à la suite d'un effort qui obligea à faire l'opération. Dionis disséqua les adhérences et réduisit l'intestin. Le malade guérit de l'opération et de la hernie [1].

Le troisième fait est consigné dans le *Journal de chirurgie de Desault*. Il avait été observé par Agasse, chirurgien à Saint-Servan.

Obs. IX. — Une femme, de 65 ans, était atteinte, depuis treize à quatorze ans, d'une hernie crurale qui ne rentrait pas et qu'elle avait cachée jusqu'alors parce qu'elle n'en était pas incommodée. La hernie s'étant étranglée et l'opération, ayant été jugée indispensable, fut pratiquée par Agasse le dix-huitième jour à dater du début des accidents. Après avoir divisé le sac dans toute sa longueur, on aperçut l'intestin collé au péritoine. De fortes adhérences existaient avec la circonférence de l'anneau, de sorte que la plus petite sonde à panaris ne pouvait passer entre ces parties. On ne put détruire les adhérences ni par conséquent réduire l'intestin. On se borna donc à lever l'étranglement. Le quatrième jour, les vomissements et les autres accidents ayant reparu, le chirurgien fendit, selon sa longueur, l'anse intestinale restée adhérente. La malade, après avoir paru soulagée, succomba le cinquième jour de l'établissement de l'anus artificiel. A l'autopsie, on reconnut que la hernie était formée par une anse du jéjunum et que l'intestin était très adhérent à la partie interne et inférieure de l'arcade crurale [2].

Dans ces trois dernières observations, l'irréductibilité antérieure de la hernie est indiquée d'une manière très explicite. Ainsi, dans le fait de Garengeot, il est dit qu'une portion de l'intestin n'était pas contenue par le bandage. Dans celui de Dionis, le texte est encore plus clair: l'intestin, dit l'auteur, faisait sa résidence dans le scrotum, où, par un long séjour, il s'était attaché aux membranes voisines. Enfin, Agasse, de son côté, dit expressément que sa malade était atteinte d'une hernie qui ne rentrait pas.

Les caractères de l'étranglement n'y font pas défaut davantage. Garengeot dit, en effet, que la malade avait à chaque instant des hoquets ; qu'elle rejetait tout ce qu'on lui faisait avaler et même les matières fécales. Dionis signale comme détail particulier que, chez son porteur de blé, l'étranglement se produisit à la suite d'un

[1] Dionis, *Cours d'opér. de chir.*, p. 347. — Paris, 1758.
[2] Agasse, *Journ. de chir. de Desault*, t. III, p. 136.

effort qui obligea à faire l'opération. Le cas d'Agasse seul permet d'élever des doutes, à cause de la longue durée des symptômes de l'étranglement. Il nous semble assez probable que la péritonite herniaire a été associée ici à un étranglement peu serré, comme chez nos deux malades, particulièrement chez le sujet de l'observation I. Nous remarquerons cependant que, dans le cas d'Agasse, dès le premier jour, les accidents furent considérés par les gens de l'art comme l'effet d'un étranglement herniaire, et, qu'au moment même de l'opération, cet étranglement ne fut mis en doute, ni par Agasse, ni par deux autres médecins qui l'assistaient.

Quant à l'ancienneté des adhérences, elle est démontrée, dans les trois cas, par leur solidité et leur complète organisation. Il suffit de rappeler, à cet égard, que deux fois (Garengeot, Agasse) il fallut renoncer à les détruire complètement, et que la troisième fois (Dionis), on dut en pratiquer la dissection pour pouvoir réduire l'intestin.

Voici d'autres observations qui nous semblent pouvoir être utilement rapprochées de celles qui précèdent :

La première est de Richter.

Obs. X. — Un homme atteint, depuis dix ans, de hernie inguinale entre à l'hôpital. La réduction n'ayant pas pu être obtenue, Richter pratique l'opération le lendemain. La hernie était formée par l'épiploon et par une anse d'intestin. Elle adhérait d'une manière très intense à la paroi postérieure et au col du sac herniaire, dans l'étendue d'environ deux pouces. L'opérateur détruisit la partie inférieure de cette adhérence et réduisit en laissant intacte la partie supérieure, qui correspondait à l'anneau inguinal. Le malade guérit [1].

La seconde est de Scarpa. Nous la relatons ici, malgré les doutes qu'elle a inspirés à M. Gosselin.

Obs. XI. — Un religieux, âgé de 50 ans, avait depuis sa jeunesse une hernie scrotale pour laquelle il n'avait jamais porté de bandage, quoique, dans les derniers temps, il éprouvât des coliques presque continuelles. La hernie augmenta tout à coup de volume et s'étrangla à la suite d'un effort. L'intensité des symptômes détermina Scarpa à entreprendre sans délai l'opération. Celle-ci exécutée, le chirurgien trouva l'intestin adhérent d'une manière si intime à la paroi postérieure du sac herniaire, environ un pouce au-dessous de l'anneau inguinal, qu'il eût été impossible de les séparer sans courir risque de l'entamer. Il se contenta, après un débridement convenable, de couvrir l'intestin avec les côtés du sac herniaire et d'appliquer sur la plaie des compresses imbibées d'eau tiède. Les symptômes d'étranglement disparurent, et, un mois après la guérison était parfaite [2].

[1] A. Richter, *Journ. de chir. de London*, I.

[2] Scarpa, *Tr. des hern.*, p. 163.

On retrouve dans ce cas, comme dans celui de Dionis, l'apparition brusque des symptômes de l'étranglement à la suite d'un effort chez un sujet porteur d'une hernie depuis longtemps irréductible. Assurément rien n'indique que la constriction de l'intestin fût considérable. Tout semble dénoter, au contraire, qu'elle devait être légère et que les accidents devaient tenir en grande partie à la péritonite herniaire. Cependant on a de la peine à s'expliquer comment la tumeur avait tout à coup augmenté de volume et présenté des signes d'étranglemant à la suite d'un effort.

Les mêmes réflexions sont applicables au cas suivant, emprunté à A. Cooper, qui nous paraît être, comme celui de Scarpa, un cas *mixte* d'étranglement et de péritonite herniaire.

Obs. XII. — Un homme, de 54 ans, était porteur d'une hernie inguinale, depuis sa plus tendre jeunesse. La tumeur n'était pas réductible en totalité. Après que le malade avait vidé le sac, autant qu'il le pouvait, il y restait encore quelque chose qui était très appréciable au toucher. Des symptômes d'étranglement se produisirent brusquement pendant que le malade était à son travail. Le quatrième jour des accidents, après de nombreuses tentatives de réduction restées inutiles, A. Cooper débrida l'anneau, sans ouvrir le sac et fit rentrer dans l'abdomen toute la partie adhérente de la hernie. Le malade guérit[1].

Les deux faits qui suivent, du même auteur, sont plus explicites et se rapprochent davantage de ceux qu'il nous a été donné de recueillir.

Obs. XIII. — Une femme, de 68 ans, portait depuis longtemps une hernie ventrale irréductible. Des symptômes d'étranglement se manisfestèrent. Diverses tentatives de réduction ayant échoué, l'opération fut pratiquée. A l'ouverture du sac, on trouva l'épiploon et l'intestin adhérents entre eux, ainsi qu'aux parois du sac, de telle sorte que la réduction était tout à fait impossible. A. Cooper détruisit l'étranglement et rapprocha les téguments au moyen de la suture. La malade succomba trente sept heures après l'opération[2].

Obs. XIV. — (Communiquée à A. Cooper par Carpenter). Un ouvrier, de 60 ans, présentait les symptômes d'une hernie étranglée. Cette hernie était irréductible depuis de nombreuses années. L'opération ayant été pratiquée et l'étranglement levé, le chirurgien trouva des adhérences si étendues, qu'il ne crut pas devoir chercher à les détruire. L'intestin fut simplement recouvert avec de la charpie. Les selles se rétablirent; la plaie se cicatrisa, et, en moins d'un mois, le malade reprit ses occupations ordinaires[3].

[1] A. Cooper, *Œuvr. chir. compl. trad. franç.*, p, 277; *obs.* 241.
[2] *Ibid. obs.* 242.
[3] *Ibid. obs.* 243.

On retrouve dans ces deux derniers cas, de même que dans les observations de Garengeot, Dionis, Agasse et dans l'observation XVII d'Arnaud, la réunion de tous les caractères qui distinguent les hernies que nous étudions, à savoir : *l'irréductibilité de longue date, les adhérences complètement et solidement organisées, l'étranglement*. Il y a lieu de remarquer toutefois que le manque de renseignements transmis par les observateurs, relativement à l'irréductibilité antérieure, ne saurait suffire pour faire conclure à la non-existence de ce symptôme chez les malades, et que le fait seul de la constatation, au moment de l'opération, d'adhérences solides, résistantes et étendues entre l'intestin et le sac, constitue, sinon une preuve, du moins une grande présomption en faveur de l'irréductibilité ancienne d'une pareille hernie.

L'observation qui va suivre, en dehors de l'intérêt qu'elle présente par elle-même, nous semble venir à l'appui de cette manière de voir.

Obs. XV. — Une femme, de 60 ans, était affectée depuis longues années d'une hernie crurale droite pour laquelle aucun moyen contentif n'avait été mis en usage, malgré des coliques fréquentes mais passagères. Le 27 mai 1853, la hernie s'étrangla à la suite d'un effort. Les procédés de taxis et autres moyens ayant échoué, l'opération est pratiquée par M. Merger, vingt-quatre heures après l'apparition des symptômes d'étranglement. Les téguments et les couches sous-jacentes divisés, l'opérateur reconnaît que des adhérences anciennes ont confondu les divers tissus qui recouvraient la hernie, et que celle-ci est intimement unie et fait corps, dans une grande étendue, avec la paroi supérieure du canal crural ; il reconnaît, en outre, que l'étranglement est formé par deux cordes ou brides fibro-celluleuses, qui exercent une constriction sur le col de la hernie ; ces cordes sont alors accrochées et rompues avec l'ongle ; immédiatement la hernie est réduite, du moins autant qu'elle pouvait l'être en raison de ses adhérences ; les accidents cessent et le cours des matières se rétablit. Le cinquième jour, la plaie donne issue à du pus et à des matières fécales, mais, peu à peu. l'ouverture intestinale se rétrécit et la guérison est complète au bout de six semaines [1].

Serait-il possible d'admettre, en effet, qu'une hernie existant depuis longues années, pour laquelle aucun moyen contentif n'a été mis en usage, qui donne lieu à des coliques fréquentes, quoique passagères, dans laquelle on rencontre, au moment de l'opération, des adhérences anciennes qui ont confondu les divers tissus, de telle sorte que la hernie est intimement unie et fait corps, dans une grande étendue, avec la paroi supérieure du canal crural et que la réduction complète de l'intestin n'est pas possible

[1] J. Merger, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1856 ; 454.

même après qu'on a procédé à la destruction des brides qui formaient l'étranglement, peut-on supposer, disons-nous, qu'une pareille hernie fût réductible avant cet accident, en l'absence de tout renseignement fourni à cet égard par le narrateur ? Une semblable hypothèse nous semble bien difficile à admettre.

A tous ces faits de hernies étranglées, compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité plus ou moins nettement caractérisée, il nous reste à ajouter une dernière observation due à M. Duboué, de Pau, et communiquée par lui à la *Société de chirurgie*, en 1865. On remarquera que ce cas appartient à la catégorie des faits complets, c'est-à-dire que l'irréductibilité antérieure de la hernie y est clairement indiquée.

Obs. XVI. — Une femme, de 60 ans, portant une hernie complètement irréductible depuis un an, est prise de symptômes d'étranglement. Le taxis et divers purgatifs ayant été essayés sans succès, à plusieurs reprises, l'opération est pratiquée le 11 février 1865. Le sac largement ouvert, l'opérateur reconnaît que l'intestin est uni par des adhérences très intimes avec l'intérieur du sac. Il a beau parcourir cette ligne d'union dans tous les sens, nulle part il n'aperçoit le plus petit pertuis qui admette l'extrémité mousse d'un fin stylet de trousse. Il cherche à disséquer ces adhérences, mais il ne peut parvenir à leur limite profonde. Il se borne alors à pratiquer un double débridement sur l'anneau constricteur et à empêcher la hernie de rentrer en totalité en fixant le sac à la plaie au moyen d'une anse de fil, dont le milieu s'attache à la paroi du sac et dont les extrémités traversent les lèvres de l'incision cutanée. La malade guérit. L'intestin rentre peu à peu, et, au bout de cinq semaines, la hernie se trouve transformée en une hernie réductible d'un maintien facile [1].

Dans les réflexions fort judicieuses qui accompagnent cette observation, M. Duboué fait remarquer la circonstance particulière, que nous avons en vue dans ce travail, d'un étranglement survenu dans une hernie déjà irréductible. Il ajoute que M. le professeur Richet, auquel il racontait les détails de ce fait, sans regarder ces cas comme fréquents, lui a cependant affirmé en avoir rencontré un certain nombre offrant les mêmes adhérences anciennes et étendues et se rapportant à de véritables hernies étranglées [2].

Les deux observations, qui nous sont personnelles, et qui ont été le point de départ de ces recherches, tendent à corroborer de tout point l'opinion de M. Richet.

Il y a lieu de se demander seulement quel est le degré de fréquence de cette coïncidence ?

[1] Duboué, *Bull. de la Soc. de chir.*, t. VI p., 276, 2e *série*.
[2] *Ibid.*, p. 281.

La réponse à cette question ne peut pas être faite évidemment à l'heure qu'il est, par suite de l'insuffisance des faits connus. Toutefois, comme la science a grand intérêt à savoir à quoi s'en tenir à cet égard, nous avons pensé que le meilleur moyen d'atteindre ce but était de porter le sujet devant la *Société de chirurgie* et de faire appel, pour l'élucider, aux lumières et à l'expérience de nos éminents collègues.

Cette question, on voudra bien le remarquer, n'est pas simplement une question de doctrine; c'est bien plutôt, c'est avant tout une question de pratique journalière.

Si on adopte, en effet, les idées de Malgaigne touchant le rôle prédominant, sinon exclusif, de la péritonite herniaire comme cause déterminante des accidents, qui se présentent dans les hernies, qui font l'objet de cette étude, on arrive à cette conclusion, que toute intervention chirurgicale active est absolument contre-indiquée, et qu'une thérapeutique expectante ou purement médicale, est la seule qui convienne en pareil cas.

Les faits réunis dans ce mémoire, sans être très nombreux, me paraissent suffisants pour démontrer que cette conclusion serait beaucoup trop absolue, et que l'étranglement véritable, primitif ou secondaire, tout en étant assez rare dans cette circonstance, n'est cependant pas aussi exceptionnel que cela a été généralement admis depuis la publication des remarquables travaux de Malgaigne sur ce sujet, partant qu'il ne serait pas sans danger, au lit du malade, de généraliser le traitement médical à toutes les vieilles hernies irréductibles dans lesquelles des accidents viennent à se manifester.

Du moment qu'il est établi, par un certain nombre de faits irrécusables, que quelques-unes de ces hernies sont sujettes à toute la série des accidents qui accompagnent l'étranglement ordinaire (la gangrène de l'intestin survenue dans un des cas d'Arnaud, et chez un de nos malades, ne laisse aucun doute sous ce rapport), l'expectation simple ou associée à un traitement médical, de même que le taxis forcé et prolongé, constituent des méthodes insuffisantes, irrationnelles ou dangereuses, et la règle de conduite, qui s'impose au chirurgien, ne nous paraît pas devoir différer sensiblement de celle qu'il a à tenir en face d'une hernie étranglée ordinaire, c'est-à-dire qu'il convient de ne pas hésiter à pratiquer l'opération aussitôt que l'on peut constater les signes caractéristiques de l'étranglement, en particulier : *la constipation persistante*, *l'absence d'émissions gazeuses par l'anus*, *le ballonnement du ventre*, *les vomissements fécaloïdes*, *l'altération des traits de la face*, etc.

Attendre, en pareil cas, compter, pour s'éclairer, sur la marche ultérieure de la maladie, sur l'administration des anti-phlogistiques,

des bains, des émollients, des purgatifs, sur l'exploration consécutive, serait, selon nous, s'arrêter à un parti dangereux pour le malade, et compromettant pour l'homme de l'art, en ce sens qu'il exposerait à tous les accidents qui forment le cortège habituel de la hernie étranglée, méconnue ou non traitée, tels que : la gangrène de l'intestin, celle du sac et des parties environnantes, l'anus contre nature, la péritonite par perforation ou par propagation ; en un mot, la mort plus ou moins rapide ou une infirmité pénible, dégoûtante et parfois incurable.

C'est donc dans une étude minutieuse des signes de l'étranglement et dans un interrogatoire attentif du malade sur les commémoratifs de la lésion dont il est porteur, ainsi que le remarque, d'ailleurs, avec beaucoup de raison, M. Gosselin, que le praticien devra chercher, et qu'il trouvera le guide le plus sûr pour se diriger dans cette circonstance délicate. Cette étude et cet examen sont d'autant plus essentiels et méritent d'être faits avec d'autant plus de soin, que l'étranglement véritable peut s'associer alors avec l'inflammation du sac ou péritonite herniaire, ainsi que nous avons eu occasion de l'établir pour plusieurs des faits rappelés plus haut, et que cela avait lieu tout particulièremeut chez les deux sujets soumis à notre observation.

Cette association de l'étranglement et de l'inflammation, jointe aux anciennes adhérences des viscères entre eux et avec le sac, n'a pas seulement pour conséquence d'entraver et de compliquer le diagnostic, elle place encore le chirurgien, comme nous le faisions remarquer, il n'y a qu'un instant, dans une situation perplexe et embarrassante relativement au meilleur mode d'intervention.

Nous croyons inutile de revenir sur les contre-indications que présente alors le taxis forcé et prolongé, aucun doute ne nous semble pouvoir être élevé à cet égard; mais en est-il de même du taxis modéré?

Ne serait-il pas possible, par exemple, qu'une anse intestinale nouvelle ou une nouvelle portion d'intestin se fût ajoutée aux viscères formant l'ancienne tumeur herniaire, et, dans ce cas, le taxis, convenablement pratiqué, ne pourrait-il pas être utile?

Nous nous bornons à poser une pareille question, tout en faisant remarquer qu'il n'existe aucun fait, à notre connaissance, qui permette de la résoudre à l'heure qu'il est. Dans la pratique habituelle, il nous semble bien difficile qu'en présence d'une tumeur offrant tous les caractères d'une hernie étranglée, un chirurgien renonce complètement à essayer le taxis. Cependant nous croyons que, dans le cas présent, il sera bon de réfléchir qu'en dehors de son inutilité, extrêmement probable, les manœuvres que nécessite ce

moyen, surtout si on y insiste et qu'on y revienne à plusieurs reprises, devront avoir pour résultat, presque inévitable, d'aggraver l'inflammation qui existe déjà dans la poche herniaire, et placeront le malade dans des conditions moins avantageuses, lorsqu'on en viendra à l'opération de la kélotomie.

Quant à celle-ci, en particulier, les faits contenus dans ce travail tendent à démontrer, non seulement qu'elle est rationnelle et qu'elle doit être pratiquée sans hésitation, mais encore qu'elle présente moins de gravité que dans les circonstances ordinaires.

On remarquera, en effet, que, sur les seize observations que nous avons pu réunir, douze se sont terminées par la guérison, et quatre seulement par la mort; encore, dans un de ces quatre derniers cas, la mort est-elle survenue plus de vingt-cinq jours après l'opération, par suite d'une cause tout à fait accidentelle (perforation de l'intestin par une sonde maladroitement introduite dans la plaie par un garçon chirurgien).

Cette bénignité relative de la kélotomie dans les hernies étranglées compliquées d'adhérences anciennes et d'irréductibilité a de quoi surprendre au premier abord. Toutefois, comme le nom seul des chirurgiens, à qui presque toutes les observations sont empruntées, est une garantie de leur authenticité; comme, d'autre part, ces faits n'ont pas été choisis avec intention et triés à part, mais qu'ils représentent la totalité de ceux qu'il nous a été possible de découvrir dans les auteurs, de kélotomies pratiquées dans des cas de hernies adhérentes et irréductibles dans lesquelles des phénomènes d'étranglement se sont manifestés, il est difficile de ne pas les considérer comme l'expression de la vérité. Reste seulement à en donner l'explication.

Voici celle qui se présente à notre esprit :

La proportion élevée des guérisons par rapport aux décès est due, selon nous, à cette circonstance que, dans la majorité des cas, l'intestin est resté en place à l'extérieur, après que le débridement a été opéré et l'étranglement levé; ou bien encore à ce que, dans ceux où les viscères ont été réduits dans l'abdomen, comme dans les observations de Dionis, de Richter, de Merger et chez nos deux malades, l'anse intestinale est restée accolée à la face interne de la plaie de la paroi abdominale, de manière à en fermer momentanément l'ouverture et à intercepter toute communication entre la cavité du péritoine et celle du sac.

La démonstration de ce fait n'est pas contestable pour les observations d'Arnaud, J.-L. Petit, Scarpa, Carpenter, M. Duboué (obs. III, IV, V, XI, XIV, XVI), l'intestin, dans tous ces cas, ayant été abandonné au dehors, et un simple débridement ayant été pratiqué sur l'anneau constricteur, afin de permettre aux matières de sortir.

Elle ne l'est pas davantage pour les deux observations qui nous sont personnelles, dans lesquelles, ainsi qu'on s'en souvient, l'intestin a été accolé et fixé, par la suture, à la face profonde de la plaie de la paroi abdominale, de manière à oblitérer complètement cette plaie et à intercepter toute communication avec l'extérieur.

Enfin, les détails fournis par Richter et Merger nous paraissent démontrer également la justesse de cette interprétation, pour ce qui a trait aux deux faits rapportés par ces auteurs. Ainsi, dans l'observation de Richter, il est dit que l'opérateur détruisit la partie inférieure de l'adhérence, et réduisit *en laissant intacte la partie supérieure qui correspondait à l'intestin.* Dans le cas de Merger, on voit pareillement qu'après la rupture des brides fibro-celluleuses, qui exerçaient une constriction sur le col de la hernie, celle-ci fut réduite, du moins *autant qu'elle pouvait l'être en raison de ses adhérences.*

L'observation de Dionis est la seule qui ne soit pas explicite à ce sujet. Cependant, il y a bien des motifs de croire que les choses se sont passées de la même manière : une anse intestinale, dont on vient de *disséquer* les adhérences et que l'on *rentra* dans l'abdomen, se trouvant dans des conditions extrêmement favorables pour contracter de nouvelles adhérences avec les bords d'une plaie récente sur lesquels elle repose.

Les bons effets obtenus par l'abandon de l'intestin à l'extérieur et par son immobilisation, après réduction dans la cavité abdominale, n'ont rien, d'ailleurs, qui doit surprendre.

Ces deux modes de procéder, en effet, ont pour résultat de prévenir l'introduction du sang et des divers produits pathologiques dans la cavité du péritoine, immédiatement après l'opération, et pendant les premiers jours qui la suivent, ce qui écarte une cause puissante de péritonite.

D'autre part, l'isolement complet du sac d'avec la cavité du péritoine, qui se trouve réalisé par cette règle de conduite, a pour effet de circonscrire l'inflammation à l'extérieur, de la limiter à la séreuse du sac, de lui barrer pour ainsi dire les passages, et d'empêcher sa propagation et sa généralisation à la grande séreuse péritonéale.

Quoiqu'il en soit de l'interprétation, les faits subsistent, et, malgré leur nombre relativement peu considérable, ils nous paraissent dignes de fixer l'attention des chirurgiens, la science et la pratique ayant un égal intérêt à les connaître et à mettre à profit les enseignements qu'ils portent avec eux.

Nous terminerons ce travail par les conclusions suivantes :

1° Les hernies compliqués d'adhérences anciennes et d'irréduc-

tibilité, sans être aussi sujettes à s'étrangler que les hernies habituellement réductibles et dépourvues d'adhérences, ne sont cependant pas entièrement à l'abri de cet accident;

2° L'étranglement, quand il se produit, présente plus de lenteur dans sa marche, et s'associe généralement à l'inflammation du sac ou péritonite herniaire;

3° Le diagnostic rencontre de très sérieuses difficultés et nécessite, pour être établi, une analyse clinique extrêmement minutieuse des caractères distinctifs de ces deux complications herniaires;

4° L'intervention chirurgicale est indiquée toutes les fois que l'on constate une prédominance marquée des signes de l'étranglement sur ceux de l'inflammation;

5° Les symptômes, qui peuvent servir de guide au chirurgien dans cette occurrence, sont plus particulièrement : les vomissements fécaloïdes, la constipation absolue et persistante, le ballonnement du ventre, l'absence d'émissions gazeuses par l'anus, l'algidité;

6° Le taxis forcé et prolongé est absolument contre-indiqué en pareil cas. Le taxis modéré peut être essayé, mais ne doit être pratiqué qu'avec la plus extrême prudence et sans y insister;

7° L'opération de la kélotomie constitue, au contraire, la seule ressource; elle doit être pratiquée sans hésitation et sans retard, quelque grave que soit en apparence l'état du malade;

8° Le procédé, qui a donné jusqu'ici les meilleurs résultats, consiste dans le débridement avec abandon de l'intestin à l'extérieur, ou dans le débridement suivi de réduction et d'immobilisation de l'anse intestinale.

Discussion.

M. Le Dentu. J'ai observé à la Salpêtrière, chez une femme de quatre-vingts ans, une hernie étranglée dans une hernie crurale irréductible. Je n'ai pas essayé le taxis. J'ai fait immédiatement l'opération de la kélotomie. Je suis arrivé dans le sac où il n'y avait pas de fausses membranes. J'ai essayé de faire la dissection des adhérences; mais devant la difficulté de cette manœuvre, je n'ai pas insisté. Bref, je me suis contenté de débrider et de réduire la portion d'intestin qui était étranglée; j'ai laissé dans le sac la portion irréductible de l'intestin. La malade a guéri sans complication.

J'ai vu Broca opérer une hernie étranglée depuis longtemps irréductible. Il fit avec succès la dissection des adhérences.

Dans ces hernies étranglées et antérieurement irréductibles, je crois qu'on peut faire le taxis d'après les règles générales; mais je

profite de l'occasion pour rappeler que, dans les hernies crurales, le taxis ne réussit presque jamais. Dans les hernies inguinales, il n'en est pas de même.

D'une manière générale, je ne suis pas porté à faire la dissection des adhérences de l'intestin, soit avec le sac, soit avec l'épiploon.

M. Verneuil. Il faut tenir en haute considération tout ce que M. Bourguet écrit sur les hernies, car sa compétence est très grande en pareille matière ; mais je trouve qu'il y a une contradiction dans ses conclusions : M. Bourguet dit qu'il faut s'appliquer à faire le diagnostic des adhérences dans les hernies étranglées. Rien n'est plus difficile que ce diagnostic ; mais si par hasard on y arrivait, il est bien évident alors que le taxis ne pourrait servir à rien et ne devrait pas être tenté.

J'ai eu tellement de mécomptes avec le taxis, que j'ai de la tendance à ne plus le faire, lorsqu'il y a 24 heures qu'une hernie est étranglée.

Toutes les fois que les malades disent que leur hernie ne rentrait pas complètement, il ne faut pas faire le taxis. En faisant le taxis dans ce cas, on entend un glouglou ; on fait rentrer le tiers ou le quart de la hernie ; on croit qu'il ne reste plus que de l'épiploon ; mais les accidents continuent et il faut opérer. On reconnaît alors qu'il restait de l'intestin. Mais on a perdu du temps, et souvent on ne peut plus sauver son malade. Lorsque je suppose que la hernie était irréductible avant l'étranglement, je ne fais plus le taxis, et je propose de ne plus le faire.

Quant à la pratique de laisser l'intestin tel quel dans le sac, elle me paraît excellente. Je débride et je laisse l'intestin en place. Quelquefois l'intestin rentre tout seul au bout de quelques jours.

En résumé, proscription du taxis lorsqu'on soupçonne des adhérences ou de l'irréductibilité ; proscription, comme dans les cas où l'on soupçonne que l'intestin est dans un état douteux d'altération.

M. Le Dentu. Si, dans une hernie irréductible, il n'y avait jamais que l'anse anciennement irréductible, le taxis serait irrationnel ; mais je crois que, dans les hernies irréductibles étranglées, c'est une nouvelle anse qui sort et s'étrangle ; le taxis est alors rationnel et doit être tenté.

On ne saurait trop répéter qu'il faut opérer les hernies de bonne heure. Pourtant il ne faut pas méconnaître que, dans certains cas, le taxis donne de bons résultats. S'il y a un commencement de péritonite, le taxis échoue forcément. Dans un cas où j'avais cru à une persistance de l'étranglement après la réduction par le taxis,

j'ai opéré et j'ai constaté qu'il y avait seulement de la péritonite. Le malade est mort.

Quelquefois on se trouve en présence d'un malade qui raconte qu'avant l'étranglement, il avait quelque chose dans son sac. On endort, on fait le taxis, et on réduit la moitié de la hernie. On a eu la sensation de la réduction de l'intestin, et on a tout lieu de croire qu'il ne reste plus que de l'épiploon. En m'arrêtant dans des cas semblables, j'ai eu la satisfaction de voir mes malades guérir.

Lorsqu'on fait le taxis dans les 24 ou 48 premières heures, le malade éprouve un grand soulagement, si la hernie s'est réduite. Ce soulagement est un indice que l'on a réussi par le taxis, et qu'il n'y a pas lieu de faire la kélotomie.

J'ai grand peur du taxis, mais je ne suis pas encore arrivé à le proscrire entièrement. Lorsque je sens sous la pression de mes doigts une résistance trop grande, je m'arrête et je fais l'opération.

Lorsque je rencontre une lésion de l'intestin après avoir ouvert le sac, je laisse toujours l'intestin au dehors.

M. Terrier. MM. Verneuil et Le Dentu viennent de toucher à des questions très complexes.

Il est très difficile de faire le diagnostic des adhérences dans les hernies ; et si l'on arrivait à ce diagnostic, il faudrait encore savoir si les adhérences sont nouvelles ou anciennes. Dans ces deux circonstances, le taxis est déplorable. Il est aussi très mauvais de ne réduire qu'une partie de l'intestin, lorsqu'il y a de la sérosité épanchée dans le sac; il vaut mieux ouvrir le sac et enlever les liquides septiques.

Quant à moi, qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas d'adhérences, je préfère opérer et voir ce qui se passe dans le sac. S'il y a de l'épiploon adhérent, je le laisse en place. Si une anse intestinale est altérée, je la laisse dans le sac. Si l'anse intestinale est saine, on peut se poser la question de savoir s'il faut la disséquer et la rentrer ou s'il faut la laisser telle quelle. Si on ne réduit pas, l'anse intestinale va contracter des adhérences nouvelles et ultérieurement il pourra se produire des accidents d'obstruction intestinale. Si on dissèque les adhérences et si on réduit, il s'écoule nécessairement du sang à la surface des points qui étaient adhérents ; mais je crois que cette hémorragie s'arrête très facilement, quand l'intestin est réduit. D'ailleurs les épanchements sanguins dans la cavité péritonéale ne déterminent qu'exceptionnellement une péritonite. Je crois qu'il vaut mieux libérer l'intestin et le réduire que de le laisser au dehors.

M. Duboué. J'ai observé que le tannin, pris à l'intérieur, agissait

sur les fausses membranes et favorisait leur résorption. Partant de là, j'ai donné le tannin dans les cas de fausses membranes développées dans le sac herniaire. Un malade avait une hernie entéro-épiplooïque irréductible d'emblée. Un taxis modéré n'a pu réduire. J'ai donné à ce malade du tannin en poudre à la dose de 1gr,50 par jour. Les accidents de la hernie ont cessé.

M. le président annonce que la Société d'anthropologie a pris l'initiative d'une souscription pour élever un monument à la mémoire de Broca, et consulte la Société sur la question de savoir si elle veut coopérer à cette souscription.

La Société répond affirmativement et charge son Bureau de s'entendre à cet effet avec la Société d'anthropologie.

Communication.

Traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de solutions mercurielles,

par M. Terrillon.

Le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de sels de mercure a déjà été le sujet d'une communication importante devant cette Société par Liégeois (*Société de chirurgie*, 2 et 9 juin 1869). Les essais qu'il signala à la Société, portèrent sur les injections d'une solution de sublimé dans l'eau distillée, d'après la méthode de Lewin. Ils eurent un grand retentissement, à cause de la nouveauté de cette méthode et des avantages qui pouvaient en résulter. Malheureusement ces injections produisirent, chez un grand nombre de malades, et malgré les précautions prises par l'opérateur, des accidents plus ou moins sérieux tels que : douleurs vives et persistantes, nodosités sous-cutanées volumineuses et surtout des abcès constituant pour le malade des inconvénients sérieux; aussi ne fut-il pas étonnant de voir cette méthode abandonnée presque complètement par ceux qui l'avaient expérimentée d'après les essais de Liégeois.

La méthode des injections hypodermiques présentait cependant de trop grands avantages pour qu'on ne fît pas de nouvelles tentatives, afin de la rendre supportable pour les malades et absente des inconvénients locaux signalés jusqu'alors. Je ne vous parlerai pas des nombreux essais qui ont été faits dans ce sens, principalement par les syphiligraphes allemands ; cette énumération m'en-

traînerait dans des détails beaucoup trop longs. Je viens seulement vous entretenir des résultats que j'ai obtenus dans mon service à l'hôpital de Lourcine, en employant une solution spéciale, qui a été recommandée par Bamberger.

Le sublimé en dissolution dans une préparation de peptone semble, en effet, avoir des avantages considérables, et ne présenter aucun des inconvénients qui ont été signalés avec les autres solutions.

Staub, pour arriver à cette préparation connue sous le nom incorrect de chloro-albuminate de mercure, paraît avoir été guidé par l'idée théorique suivante. Nous savons, depuis les travaux de Mialhe, que les sels de mercure et, en particulier, le sublimé, ne sont absorbables que lorsqu'ils sont combinés avec l'albumine, constituant ainsi ce que cet auteur a appelé le mercure *animalisé*. Or, lorsqu'on pratique dans le tissu cellulaire sous-cutané, une injection de sublimé, ce sel précipite les substances albuminoïdes des liquides contenus dans le tissu, de façon à former un albuminate absorbable. Cette coagulation présente malheureusement des inconvénients, car elle produit des nodosités persistantes et peut, à un moment donné, entraîner la mortification du tissu cellulaire, puis des abcès. Staub avait donc pensé qu'on pouvait, en injectant une solution dans laquelle le mercure était déjà incorporé à l'albumine, éviter, au moins en grande partie, ces inconvénients. L'expérience lui donna raison. Il fit ses premiers essais avec l'albumine du blanc d'œuf qui donne de très bons résultats, mais qui a malheureusement l'inconvénient de s'altérer avec la plus grande facilité.

Bamberger au lieu d'albumine se servit de peptone préparée avec soin et chimiquement pure, et obtint ainsi une préparation à laquelle il donna le nom de peptonate de mercure. C'est cette préparation dont je me suis servi chez presque toutes les femmes que j'ai traitées d'après cette méthode; elle m'a toujours été fournie par M. Yvon, pharmacien, qui la faisait avec le plus grand soin.

Voici quel est le mode de préparation usité pour obtenir la solution convenable : on fait une solution de sublimé dans l'eau au cinq-centième, et une solution de chlorure de sodium au vingt-centième; on dissout un gramme de peptone de viande dans cinquante centimètres cubes d'eau distillée, et on filtre ; on ajoute à cette liqueur filtrée vingt centimètres cubes de la solution du sublimé au cinq-centième, et on dissout le précipité qui se forme avec la quantité nécessaire (environ 15 à 16 centimètres cubes) de la solution de chlorure de sodium. On verse alors la liqueur dans un vase cylindrique gradué, et on ajoute de l'eau distillée jusqu'à atteindre cent centimètres cubes. Préparée de cette façon, la liqueur est à un cen-

tième ; autrement dit, chaque centimètre cube contient un centigramme de mercure en combinaison avec la peptone. On couvre le vase ; on laisse la liqueur reposer pendant quelques jours ; il s'en sépare une petite quantité de précipité floconneux blanchâtre (peut-être de l'albumine contenue encore dans la peptone) ; on filtre et la liqueur est préparée. Cette solution se conserve parfaitement claire trois mois au moins ; elle n'est précipitée ni par la chaleur, ni par les acides, ni par les alcalis. Les deux inconvénients auxquels on se heurtait avec l'albumine, ont disparu avec les peptones; car celles-ci sont très solubles dans l'eau et très faciles à filtrer.

Mon principal but a été d'expérimenter ces injections, de façon à savoir comment elles étaient supportées par les malades et si elles étaient exemptes d'accidents. Au point de vue de leur action thérapeutique spéciale, je n'ai pu encore arriver à des conclusions suffisamment nettes, car les malades n'ont pas été suivies assez longtemps ; mais j'aurai soin de vous donner plus tard les résultats que j'aurai obtenus. Je ne parlerai pas non plus des autres essais que j'ai faits avec des injections contenant du bi-iodure de mercure, essais qui ne sont pas encore suffisamment concluants.

Jusqu'à ce jour, il a été pratiqué dans mon service 487 injections de 1 centimètre cube de solution contenant chacune 1 centigramme de sel de mercure, et 88 contenant seulement un demi-centimètre cube de solution et un demi-centigramme de sublimé. On s'est servi de seringues de Pravaz bien construites, et dont les armatures en caoutchouc vulcanisé ne sont pas attaquées par le sel de mercure. L'aiguille, très fine, est en acier doré ou en platine, afin d'éviter également toute altération. Enfin, détail important, chaque fois que l'instrument a servi, on l'a aussitôt lavé dans une solution d'acide phénique. Il est d'ailleurs prudent de laisser séjourner, pendant plusieurs heures, l'aiguille ou les aiguilles dans une solution semblable, afin de les tenir aussi propres que possible.

Le manuel opératoire était absolument le même que celui employé pour les injections sous-cutanées de morphine ou autres. L'aiguille était enfoncée profondément dans la région dorsale, cette région étant moins exposée aux abcès ou aux phlegmons, en raison de sa vascularisation moins grande que ne l'est celle de la fesse ou de la partie interne de la cuisse. L'injection était poussée avec lenteur, de façon à lui permettre de se diffuser lentement dans le tissu cellulaire sans déchirer les mailles de ce tissu et éviter ainsi la douleur et la formation de nodosités. Quelques pressions douces avec le doigt, un massage léger pratiqué après l'injection aidaient à la diffusion du liquide dans le tissu.

Les résultats principaux de ces expérimentations peuvent se

résumer de la façon suivante : jamais, en opérant dans la région du dos et des lombes, on n'eut le moindre accident local, tel qu'abcès ou eschare. Les seuls inconvénients que j'aie pu constater sont : une douleur plus ou moins vive quelque temps après l'injection, une nodosité plus ou moins persistante au niveau de l'injection ; enfin, lorsqu'on avait pratiqué un grand nombre de ces opérations dans la région, on voyait survenir une espèce d'anesthésie vague de cette région donnant lieu à une sensation d'engourdissement non douloureuse.

Mais il faut bien noter que ces inconvénients, passagers et irréguliers, variables avec les malades, n'ont été notés chez quelques-unes des femmes du service que lorsqu'on pratiquait des injections de 1 centimètre cube de liquide (1 centigramme de sublimé). Au contraire, lorsqu'on usait d'une dose moitié moindre de liquide et de sel, les malades n'éprouvaient ni douleurs notables, ni inconvénients d'aucune sorte.

L'absorption rapide du médicament me fut démontrée plusieurs fois par l'apparition de la salivation survenant, chez plusieurs malades, après quatre ou cinq jours d'injection quotidienne de 1 centigramme de sublimé. L'examen des urines, quelques heures après l'injection, démontra également la présence du mercure dans ce liquide. Tous ces faits, du reste, ont été signalés par les auteurs qui ont employé cette méthode.

Je terminerai cette communication en rappelant de nouveau que je compte la compléter plus tard par d'autres faits qui auront trait surtout à la question thérapeutique.

Discussion.

M. Desprès. Il a été dit tout ce qu'il est possible de dire à propos des injections de mercure dans le traitement de la syphilis. M. Terrillon fait ce qu'a fait Liégeois, et prend des guérisons naturelles de la syphilis pour des guérisons produites par son traitement. Tout le monde parle de la syphilis et la traite sans la connaître. Pour savoir la syphilis, il faut avoir vu un grand nombre de malades, et les suivre pendant plusieurs années. Ce n'est pas trop de quatre années pour dire qu'une guérison de la syphilis est solide.

Du reste, aujourd'hui comme jadis, je nie l'action curative du mercure dans la syphilis.

Je trouve que la chirurgie recule quand on fait des injections de médicaments, au lieu de les administrer par la bouche. Les accidents se sont multipliés à la suite des injections d'ergotine et d'autres substances. Dans le service de Liégeois on avait des accidents après les injections de sublimé. Aujourd'hui on substitue à

la solution de Liégeois une autre solution, et on fait des théories nouvelles sur l'absorption du mercure, théories qui montrent le plus grand mépris pour ce qui a été fait antérieurement. Mialhe a démontré que le mercure n'est absorbé qu'à l'état de chloralbuminate. Les Allemands se servent, pour faire leurs injections mercurielles, d'une solution de sublimé dans le blanc d'œuf, c'est-à-dire qu'ils injectent un chloralbuminate, la seule préparation absorbable connue depuis Mialhe. De plus, ils se servent d'une canule d'or, sous prétexte que l'or n'est pas attaqué par le mercure; mais c'est là une grande erreur chimique.

M. Terrier. Je ne sais si les expériences qui viennent d'être rapportées par M. Terrillon ressemblent à celles de M. Mialhe, mais je sais que le mercure s'absorbe parce qu'il rencontre dans l'économie des chlorures alcalins qui le rendent soluble.

M. Terrillon. Je savais que je fournirai à M. Després l'occasion d'affirmer une fois de plus son aversion contre le mercure. Au reste, je ne prétends pas donner des résultats thérapeutiques définitifs. Je crois que les injections sous-cutanées sont un progrès dans le traitement de la syphilis, comme les injections sous-cutanées de morphine, d'ergotine ont été un progrès dans beaucoup de maladies. Le mercure, pris par la bouche, fatigue l'estomac et le foie : c'est donc un progrès si on peut l'administrer d'une autre manière. Actuellement j'affirme qu'on peut faire, sans accident, une injection d'un centigramme de bichlorure de mercure sous la peau du dos.

Je n'ai pas cherché à faire l'historique de cette question. Je sais que Mialhe a démontré que le mercure ne s'absorbe qu'à l'état d'albuminate. Bamberger a cru bien faire en injectant de l'albumine artificielle avec le mercure.

Lecture.

Anévrisme traumatique de l'arcade palmaire superficielle. Echec de la compression mécanique et de la compression digitale. — Opération par la méthode d'Antyllus. — Hémorragie rebelle par une collatérale. — Acupuncture. — Guérison.

par M. Pozzi.

Renvoyé à une commission composée de MM. Guyon, Després, Monod.

La Société entre en vacances jusqu'au mercredi 6 octobre.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 6 octobre 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris pendant les mois d'août et de septembre ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin de la Société de chirurgie.* — L'*Alger médical.* — Les *Annales de gynécologie.* — Le *Bulletin de thérapeutique.* — Le *Montpellier médical.* — La *Revue médicale de Toulouse.* — La *Revue médicale de l'Est* (août et septembre). — La *Revue scientifique et littéraire ;*

3° Le *British medical.* — La *Gazette italienne-lombarde.* — Le *Journal d'Athènes.* — L'*Index medicus.* — La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane.* — Le *Practitioner de Londres ;*

4° Note sur *un cas de grossesse gémellaire suivie de l'expulsion d'un fœtus macéré et d'un fœtus mort-né qui présente une fracture double de la voûte du crâne et des perforations crâniennes,* par M. Cousin, interne des hôpitaux de Marseille (renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Sée, Lucas-Championnière) ;

5° *Luxation congénitale du genou, renversement complet de la jambe sur la cuisse,* par le Dr E. Périer (renvoyé à l'examen de M. Guéniot).

A l'occasion du procès-verbal.

M. MONOD rend compte de l'examen qu'il a fait, de concert avec M. Malassez, directeur du laboratoire d'histologie du Collège de France, d'une tumeur de la parotide, présentée dans l'une des dernières séances par M. le Dr Notta, de Lisieux.

Il rappelle que les avis avaient été partagés au sein de la Société sur la nature de cette tumeur ; les uns supposant qu'il s'agissait là

d'un angiome caverneux, les autres d'une tumeur kystique de la glande.

L'examen microscopique a montré que cette tumeur devait être considérée comme étant un *lymphadénome de la parotide.*

Dans les points, en effet, où l'altération de la glande était évidente, on reconnaissait que les éléments glandulaires étaient éloignés les uns des autres par un tissu interposé, de formation nouvelle. Ce tissu semblait d'abord exclusivement constitué par des cellules juxtaposées. Mais, sur des coupes fines, traitées au pinceau, les éléments cellulaires ayant par ce moyen disparu pour la plupart, apparaissait alors un réseau ténu, caractéristique, tout à fait semblable au tissu réticulé des ganglions lymphatiques.

L'aspect kystique et caverneux que la tumeur présentait à l'œil nu, et qui pouvait, au premier aspect, en imposer pour un angiome, était dû à la dilatation des canaux excréteurs de la glande.

Il était possible, en effet, en examinant diverses coupes de la tumeur, de suivre les degrés successifs de cette dilatation.

Dans les points où celle-ci était le moins avancée, on apercevait des canaux excréteurs encore facilement reconnaissables à leurs connexions et à l'épithélium qui en tapissait les parois, mais déjà déformés, agrandis, et présentant, dans leur cavité, de véritables bourgeons formés par la saillie du tissu néoplasique voisin, disposition tout à fait comparable à celle que l'on peut observer dans certaines tumeurs du sein.

Ailleurs, la dilatation de ces conduits atteignait des proportions plus considérables et arrivait à former de véritables cavités kystiques. L'épithélium, encore conservé par places, ainsi que la présence à leur intérieur de concrétions calcaires, évidemment d'origine salivaire, établissaient, entre les conduits simplement dilatés et ces cavités kystiques une relation évidente.

Plus loin enfin, dans les points qui, à l'œil nu, offraient l'aspect caverneux, la dilatation et la déformation de ces espaces cavitaires étaient telles, qu'il aurait été difficile d'en affirmer l'origine glandulaire, si l'on n'avait pu suivre comme pas à pas les progrès de l'altération qui vient d'être décrite.

Ce fait paraît être le premier exemple, connu jusqu'ici, de lymphadénome de la parotide. Par contre, l'aspect caverneux que peuvent avoir parfois certaines tumeurs néoplasiques de cette glande, a été déjà signalé, par Weber, dans l'ouvrage connu de Pitha et Bilroth.

M. Desprès s'en rapporte, pour l'examen de cette tumeur, à l'expérience de M. Monod ; mais il fait observer que M. Notta a présenté autrefois à la Société une tumeur de la main, qui ressem-

blait à la tumeur de la parotide, et qui a été considérée comme un angiome.

Communication.

Sur la ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule,

par M. Farabeuf.

Messieurs, j'ai l'intention de vous entretenir, au double point de vue anatomique et opératoire, de la ligature de l'artère axillaire au-dessous de la clavicule.

Vous savez que, par ma position, j'ai quelque responsabilité dans l'enseignement technique de la chirurgie d'amphithéâtre. Les procédés que j'enseigne et fais enseigner sont, à mon avis, les meilleurs. Cependant les jurys des concours n'en jugent pas toujours ainsi, et maints candidats sont venus me dire : Nous avons été déprimés par votre faute, modifiez votre enseignement.

L'alternative, en effet, est bien nette : ou modifier l'enseignement, ou modifier l'opinion des jurys. C'est ce dernier but que je voudrais atteindre en m'adressant ici aux éléments des jurys de chirurgie et en leur demandant, pour la ligature de l'axillaire, d'écouter mes raisons.

Je n'ai pas à m'occuper de la valeur de l'opération ; il me suffit qu'elle se pratique dans les amphithéâtres et qu'elle soit exigée des concurrents pour mériter mon attention.

J'ai abandonné le procédé dit classique, parce que Marcellin Duval m'a guidé vers quelque chose de mieux et de plus sûr. Je suis donc bien moins novateur qu'éclectique en cette affaire, et j'en suis heureux, car il est toujours difficile de plaider pour sa propre maison.

C'est même un artifice habile que d'attribuer à un ancêtre ses petites découvertes : elles n'en sont que mieux et plus vite acceptées. Mais ici, je le répète, ce n'est pas le cas. Le procédé, en ses parties essentielles est de Marcellin Duval. J'ajoute qu'il est le procédé le plus recommandable, si je m'en rapporte à l'enseignement écrit des maîtres de l'anatomie et de la médecine opératoire : Sappey, Guérin, Richet, Malgaigne, etc.

Loin d'innover, je reste dans la règle écrite, et je m'étonne d'avoir été accusé directement, ou indirectement, d'ignorer les préceptes des pairs de la chirurgie.

Avant d'admettre un procédé à l'honneur de la vulgarisation, il faut l'apprécier : 1° à l'aide de l'expérience acquise sur le vivant qui saigne et qui meurt ; 2° à l'aide des données anatomiques.

A ces deux points de vue, clinique et anatomique, le procédé qui consiste à placer le fil sur l'axillaire, assez loin de la clavicule, parmi les collatérales, est difficile, dangereux et inefficace.

Nous n'avons que quelques faits pour le prouver. Desault (II, 553) fut fort gêné dans son opération par deux grosses artérioles qu'il rencontra et divisa en s'approchant de l'artère. L'isolement de celle-ci fut précédé d'une ligature en masse, etc. La gangrène s'en suivit et la mort.

Dupuytren (III, p. 172), sur le jeune Sellier atteint d'un anévrisme faux primitif de la brachiale, dans la sixième intervention chirurgicale qui avait pour but la ligature de l'axillaire, dut lier d'abord une artériole, puis, en chargeant l'artère, creva sa branche scapulaire, et finalement, embrassa dans le fil la veine axillaire avec l'artère. Le malade mourut d'hémorragie ; il n'y eut pas de gangrène : le bras avait été amputé très haut.

Le même (III, 129), pour un anévrisme de la sous-clavière droite, lia l'axillaire (méthode de Brasdor) en présence de P. Bérard. L'opération dura 35 minutes; trois ou quatre artérioles coupées ou recoupées nécessitèrent dix ligatures, sans parler de la veine céphalique qui fut aussi divisée. Grangrène, mort.

Au contraire, nous voyons Roux (*Quarante années de pratique chirurgicale*, II, 131) sauver un malade atteint d'anévrisme axillaire en liant « immédiatement au-dessous de la clavicule ». L'incision qu'il fit était sur l'interstice des muscles grand pectoral et deltoïde. La veine céphalique fut coupée et liée.

Il est bien prouvé, d'autre part, qu'en plaçant le fil au-dessus des collatérales de l'axillaire, on peut compter sur le rétablissement de la circulation. S'il en était autrement, il faudrait renoncer à la ligature de la sous-clavière en dehors des scalènes. Du reste, dans le cas de Ch. Bell, rapporté par Guthrie (p. 265, *Diseases and injuries of arteries*, 1830), nous voyons que la circulation se rétablit tellement vite, par la sus-scapulaire, que la malade périt d'hémorragie. Il s'agissait d'un arrachement du bras.

Si j'ajoute à ces cas le fait d'un de nos collègues, qui m'a dit avoir lié un nerf au lieu de l'artère inaperçue, je me crois en droit de dire que le procédé ordinaire est difficile et dangereux sur le vivant, et que, par conséquent, il ne doit plus être enseigné sur le cadavre, s'il en est un moins mauvais.

L'anatomie nous convie à remonter le plus près possible de la clavicule pour découvrir l'artère.

En effet, sous la clavicule, la veine, l'artère, les nerfs sont étalés à distance plutôt qu'accolés. L'isolement est donc plus facile qu'en bas, près du petit pectoral, où nous voyons Dupuytren ne pas pouvoir écarter la veine, et notre collègue lier un nerf.

Immédiatement sous la clavicule, la face antérieure de l'artère est accessible, libre, dépourvue de collatérales ; aucun écueil n'en défend l'approche.

Plus bas, au voisinage du petit pectoral, au-dessous de l'embouchure de la veine céphalique, nous voyons émerger d'un véritable fascia cribriformis les bouquets artériel et veineux acromio-thoraciques, et dessous, le rameau nerveux du grand pectoral placé absolument devant l'artère ; souvent aussi l'embouchure du canal veineux collatéral qui amène le sang des veines circonflexes.

Ces faits anatomiques incontestables n'étaient pas ignorés des auteurs et ne sont pas des révélations. Malheureusement, les préceptes écrits, que je vais rappeler, sont restés lettre morte :

« Il faudra lier le plus près possible de l'os », écrit notre président (*Anat. topog.*, 528). Pourtant, il dirige son incision vers le sommet de l'apophyse coracoïde.

« On recommande de placer la ligature au-dessus de l'origine des artères acromiale et thoracique..... en sorte qu'en liant *près du muscle sous-clavier*, on est à peu près sûr de laisser ces artères au-dessous. Il faut aussi s'attacher à ménager la veine céphalique, soit dans l'incision du muscle pectoral, dont elle longe le bord externe, soit en glissant la sonde sous l'artère qu'elle croise pour se jeter dans la veine axillaire. Dupuytren n'a pu l'éviter, et moi-même j'ai été obligé de la couper entre deux ligatures. (Malgaigne, *Méd. op.*, 282.) »

« Le bouquet artériel, dit M. Richet (*Anat. méd. chir.*, 624), est un obstacle sérieux à la ligature du tronc de l'axillaire. Il est rare qu'on puisse éviter de blesser une de ses branches (de l'acromio-thoracique), ou les veines qui l'accompagnent, et la gêne qui résulte de l'écoulement du sang du fond de cette plaie profonde, ne compense pas l'avantage d'arriver sûrement sur l'axillaire en suivant sa direction. »

« Les veines *acromiale et céphalique*, dont on aperçoit l'origine dès que l'aponévrose profonde du grand pectoral a été divisée, *doivent être abaissées*, et c'est *au-dessus d'elles* qu'il faut chercher l'artère. (A. Guérin, *Méd. op.*, 4e éd., p. 55.) »

Enfin, voici M. Sappey qui nous dit (*Anat.*, 2e éd., II, 616) : « Les veines *acromiale et céphalique* doivent être constamment *repoussées en bas* et non en haut, comme le conseillent quelques auteurs ; en les refoulant dans ce dernier sens, on ramène la veine axillaire au-devant de l'artère, et l'on s'expose à la blesser. »

Donc, en acceptant et propageant le procédé qui consiste à raser le sous-clavier, je suis dans la tradition ; j'obéis aux préceptes des auteurs les plus recommandables, aux nécessités anatomiques et aux enseignements des quelques faits cliniques, dont les détails

nous sont connus. Pour avoir pratiqué plus de cent fois, et vu faire des milliers de fois l'un et l'autre procédé, je crois sincèrement que l'un n'est pas plus difficile que l'autre.

Voici comment je conseille d'opérer (voir, pour plus de détails, mon *Précis de manuel opératoire*) :

Un coussin est placé en long sous la région dorsale et l'épaule saine, afin que l'épaule opérée porte à faux et puisse être refoulée à la fois en haut et fortement en arrière, pour dégager l'artère le plus possible, anéantir le creux sous-claviculaire et amener les vaisseaux presque à fleur de peau.

L'opérateur marque le passage de l'artère, sous le milieu de la clavicule. Là est également le milieu de l'incision qui marche parallèle à la clavicule, dont elle suit la direction à 1 centimètre de distance. Je me garde de joindre le sommet coracoïdien, pour ne pas rencontrer fatalement la veine céphalique dans l'extrémité externe de la plaie, et pour côtoyer le sous-clavier au-dessus de la crosse céphalique. Les téguments et le peaucier coupés s'écartent ; leur lèvre supérieure affleure juste la clavicule et les insertions du muscle pectoral. Ces insertions sont détruites, au bistouri, d'un bout à l'autre de la plaie, assez hardiment, car aucune mauvaise rencontre n'est à craindre. Les fibres du pectoral se rétractent par en bas et font place. Il n'en reste aucun lambeau flottant attaché à la clavicule.

Le fond de la plaie est blanc : c'est, très près de la clavicule, l'étui fibreux du sous-clavier qui ne fait qu'un avec l'aponévrose coraco-clavi-pectorale. Le bistouri incliné comme pour creuser sous la clavicule, si le sujet est très maigre et les muscles atrophiés, fend cet étui de dedans en dehors, au ras de l'os. La lèvre inférieure de la boutonnière ainsi faite est accrochée du bout du doigt gauche, et refoulée en bas, sans ou avec l'aide du bistouri, qui peut intervenir utilement pour débrider dans la partie externe de la plaie.

Une fois que la lèvre inférieure de la gaine fibreuse est abaissée, et avec elle la crosse de la céphalique qu'on ne voit pas du tout, l'œil et le doigt peuvent plonger dans la plaie : le mince feuillet profond de la gaine du muscle est la seule chose qui recouvre encore l'artère.

Ceux qui veulent voir à tout prix, ou du moins essayer, peuvent diviser cette mince lame celluleuse, regarder juste au milieu de l'incision, et voir l'artère. Les autres plus sages, à mon avis, usent d'abord du doigt, et, après avoir senti le vaisseau, se bornent à faire, juste dessus, par déchirure, à la pince ou à la sonde, une petite boutonnière qui permet de passer le fil.

Discussion.

M. Sée. Lorsque je précédais M. Farabeuf comme chef des travaux anatomiques, et que je donnais des leçons de médecine opératoire, j'ai toujours insisté sur la position à donner au cadavre pour faire la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule. Il faut que l'épaule porte à faux sur le billot, de manière à effacer plus ou moins complètement le creux sous-claviculaire. En prenant cette précaution, on arrive très facilement sur l'artère.

Il est certain que les ligatures pratiquées près de l'origine des collatérales donnaient lieu, autrefois, à des hémorragies secondaires et que, par suite, elles étaient très dangereuses; mais depuis que la méthode antiseptique a été adoptée, tous les chirurgiens ont reconnu que les hémorragies secondaires sont devenues excessivement rares. Il m'est arrivé de faire un certain nombre de ligatures au voisinage de l'origine des collatérales, et je n'ai pas eu d'hémorragies. On lie souvent la carotide externe, et presque toujours avec succès. Or, tout le monde sait que le tronc de cette artère n'existe pour ainsi dire pas, à cause de ses nombreuses collatérales. Ce n'est donc plus uniquement le voisinage des collatérales, qui doit entrer en ligne de compte dans le choix du lieu où il faut lier une artère, puisque, d'une part, on pratique des ligatures très heureuses près des collatérales, et que, d'autre part, on possède des méthodes qui assurent le succès de ces ligatures.

J'ajouterai qu'il n'y a rien de précis dans les points où naissent les collatérales de l'axillaire. A ce point de vue, la ligature de cette artère au-dessous de la clavicule ne doit pas inspirer une très grande confiance.

M. Desprès. Je n'ai pas d'expérience sur la ligature de l'axillaire au-dessous de la clavicule, pourtant j'ai été très séduit par les règles que M. Farabeuf vient de poser, et qui consistent à se rapprocher le plus possible du muscle sous-clavier. Néanmoins, je ne ferai jamais cette opération, parce que la gangrène est beaucoup plus fréquente quand on lie au-dessous de la clavicule que lorsqu'on lie entre les scalènes; c'est là un argument puissant à faire valoir en faveur de cette dernière ligature.

Les théories anciennes sur l'hémostase sont encore vraies de nos jours, et je ne suis pas de l'avis de M. Sée, qui pense qu'il ne faut pas se préoccuper des collatérales quand on lie une artère. Si on a eu des succès dans la ligature de la carotide externe, c'est qu'on a fait en même temps la ligature de la tyroïdienne supérieure, toutes les fois que cette dernière naissait trop près du point où l'on opérait. La mortalité de la ligature de la carotide externe est assez

considérable, puisqu'elle est de 14 pour 100, d'après les faits publiés.

Je maintiens que le précepte des anciens, de lier loin des collatérales, est encore vrai.

M. Verneuil. J'approuve M. Farabeuf d'avoir dit que, lorsqu'on lie l'artère axillaire au milieu de ses branches, on se crée de grandes difficultés d'exécution, et d'avoir posé en principe qu'il faut lier au-dessous de la clavicule, mais je considère ce procédé comme d'une médiocre valeur, au point de vue du pronostic. Je partage l'opinion que M. Sée vient d'émettre, opinion qui a déjà été émise, il y a une quinzaine d'années, par Giraldès. Giraldès pensait, en effet, que ce n'est pas la proximité des collatérales qui prédispose aux hémorragies consécutives. Celles-ci sont devenues extrêmement rares de nos jours. J'ai lié la carotide externe et la fémorale très près d'artères collatérales et sans me préoccuper de leur voisinage. Si les hémorragies secondaires ne sont plus à craindre, c'est qu'on sait se mettre à l'abri du processus inflammatoire et de la suppuration. Le caillot est certainement un agent de l'hémostase, mais on obtient souvent sans caillot une très bonne hémostase par la cicatrisation des parois artérielles.

En résumé, s'il faut faire les ligatures le plus commodément possible, il faut surtout les faire dans le point nécessité par la blessure. Une plaie artérielle, qui ne s'enflamme pas, ne donne jamais lieu à une hémorragie secondaire.

M. Horteloup. J'ai été juge au dernier concours du Bureau central. Lorsque nous sommes en présence des opérations exécutées par les candidats, nous ne pouvons pas juger M. Farabeuf et les procédés qu'il enseigne, mais nous jugeons l'épreuve du candidat lui-même. Or, j'ai vu un candidat qui, en voulant exécuter le procédé de M. Farabeuf, pour la ligature de l'axillaire, est arrivé à faire sa ligature au-dessus de la clavicule! D'une manière générale, j'ai trouvé que les candidats délaissent les procédés élégants et rapides de la médecine opératoire pour recourir à des procédés qui ont la prétention d'être plus avantageux en clinique, mais qui certainement sont inférieurs comme exercice d'amphithéâtre et de concours.

M. Desprès. La pratique des anciens, qui s'éloignaient des collatérales dans la ligature des artères, est justifiée par ce que les hémorragies secondaires arrivent souvent avant le troisième jour, c'est-à-dire avant le moment où la fièvre traumatique et la suppuration s'établissent.

M. Chauvel. Je trouve qu'il est dangereux d'ouvrir la gaine du

sous-clavier et de porter ensuite en dehors la lame du bistouri pour débrider l'aponévrose.

Lorsque M. Farabeuf a sectionné l'aponévrose, et lorsqu'il a abaissé la lèvre inférieure de l'incision, comment procéde-t-il ensuite? Se guide-t-il uniquement par le toucher, et n'enseigne-t-il pas qu'il faut regarder où est l'artère à lier ?

M. Tillaux. Je pense qu'il faut faire la ligature de l'axillaire sous la clavicule, et le plus près possible de la clavicule, parce qu'il est sage de s'éloigner le plus possible des collatérales. Quant au procédé opératoire, je persiste à croire que la meilleure incision n'est pas celle qui est parallèle à la clavicule, mais celle qui, commençant, en dehors, à la pointe de l'apophyse coracoïde, vient gagner la clavicule en dedans. En outre, je considère comme une faute d'inciser la gaine du muscle sous-clavier. On doit chercher, comme point de repère principal, le bord supérieur du petit pectoral. Dans ce procédé, on peut sans doute rencontrer la veine céphalique, mais ce n'est pas là une chose défavorable, parce que la veine céphalique sert à trouver la veine axillaire. De quoi, en effet, faut-il se préoccuper le plus dans ces grandes ligatures? c'est de ne pas léser la grosse veine qui accompagne l'artère. Or, la veine céphalique est un guide sûr pour trouver la veine axilliaire et pour l'écarter, ce qui permet ensuite de procéder tranquillement à la ligature.

A mon avis, le meilleur procédé est celui dont l'incision arrive sur le bord supérieur du petit pectoral ; non seulement ce procédé est plus facile à exécuter, mais encore il permet de faire la ligature tout à fait au-dessous de la clavicule.

M. Farabeuf. Permettez-moi, Messieurs, de remonter le cours de l'argumentation qui vient de se produire.

Avant de méditer le livre si méticuleux, il est vrai, mais si instructif, de Marcellin Duval (*Traité de l'hémostasie*), j'opérais comme M. Périer, qui m'avait montré, et qui opérait comme son aîné, M. Tillaux. Je *disséquais* au-dessous de la crosse céphalique ; à l'aide de la pince et du bistouri, j'atteignais proprement l'artère, reconnaissant et écartant les nerfs et la veine axillaire, fort rapprochés en cet endroit. Tout allait bien, c'était sur le cadavre! Néanmoins, les dix ligatures et les 35 minutes de Dupuytren me restaient en mémoire, ainsi que les phrases des auteurs cités plus haut.

Après avoir pratiqué quelques injections et établi une pression d'eau dans le système artériel, je ne tardai pas à adopter l'essence même des remarques de Duval, pour l'immense majorité des cas où les choses sont à l'état normal; à fuir le bord du petit pectoral,

le dessous de la crosse céphalique, région hérissée des nombreux rameaux acromio-thoraciques, pour me porter vers le muscle sous-clavier, au-dessus de la crosse, par une voie sèche, puisqu'elle ne rencontre aucun vaisseau.

Au lieu d'oser utiliser les veines pour arriver sur l'artère, je les évite, je les fuis, autant que possible, je ne veux ni les voir, ni les dénuder. La présence d'une grosse veine à côté d'une artère suffit, à mon sens, pour forcer l'opérateur à s'approcher du côté opposé; c'est un écueil et non un repère.

Quand on a découvert le bord supérieur du petit pectoral et placé un crochet qui relève et porte en dehors la veine céphalique, voit-on l'artère? Pas du tout. Il faut cheminer dans la ramure des artères et veines acromio-thoraciques, etc. Cela doit saigner sur le vivant. M. Richet nous le dit. Dupuytren l'a vu. Et quand cela ne saignerait pas, on apercevrait les nerfs et la veine rapprochés devant l'artère. Pour découvrir, atteindre celle-ci et la lier en bon lieu, il suffit, me dit-on, de remonter sous la crosse céphalique et sous le lambeau flottant du muscle pectoral. C'est vrai, mais pourquoi choisir une voie périlleuse, condamnée par les auteurs classiques cités plus haut, quand il en existe une autre bien étudiée et tout aussi facile?

M. Horteloup paraissait croire tout à l'heure que les jurys futurs, comme les jurys passés, continueraient à préférer les procédés cadavériques aux procédés que je m'efforce d'enseigner (et en cela, je ne suis qu'un disciple, qu'un vulgarisateur), parce qu'ils visent exclusivement l'opération sur le vivant. Il semblait regarder le procédé, que je défends, comme difficile, parce qu'un candidat s'est égaré sous ses yeux dans le creux sus-claviculaire. De quoi ne sont pas capables les meilleurs candidats, quand il s'agit de faire ses preuves devant un jury? J'ai vu des hommes distingués, des juges d'aujourd'hui, commettre des bévues bien autrement grosses au jour de l'émotion.

Je ne crois pas à la difficulté plus grande du procédé que je recommande, car non seulement on peut voir puisque la voie est sèche, mais encore on peut, avec le doigt, analyser les éléments vasculo-nerveux étalés en surface côte à côte sous la clavicule, rassemblés au contraire en faisceau au niveau du petit pectoral.

A ce propos, je répondrai à M. Chauvel qu'en effet je prône sans cesse l'intervention du doigt en médecine opératoire. Est-ce que j'ai jamais dit : touchez, ne regardez pas? Les élèves regardent toujours, il n'y a pas besoin de le leur recommander; ils ne touchent jamais spontanément. C'est pour leur donner un deuxième sens, en faisant l'éducation de leur doigt, que je recommande sans cesse le toucher, qui double la vue et voit encore lorsque la vue,

barrée par le sang, ne peut plus voir. Pourquoi donc ne pas s'habituer à toucher sur le cadavre? Pourquoi voulez-vous attendre que vous soyez vieux chirurgien, pour reconnaître et utiliser les services inappréciables que rend le doigt sur le vivant?

Je refuse d'admettre qu'il faille conserver des procédés de cadavre brillants par la facilité, l'élégance, la rapidité, etc., et des procédés de malade auxquels seraient réservées toutes les qualités sérieuses. Celui qui s'exerce à la pratique des procédés de concours inapplicables, dangereux ou simplement inférieurs à d'autres, quand il s'agit de blessés, ne peut avoir qu'un but : faire de la chirurgie d'ostentation pour séduire et flatter un jury. Celui-là étudie pour avoir et non pour savoir.

A M. Verneuil je présenterai simplement une excuse, je n'ai pas assez dit, sans doute, que la principale raison qui m'avait fait adopter le procédé Duval était une raison opératoire : prendre la voie sèche.

Je trouve aussi qu'il est peut-être bon, au point de vue de la gangrène, de respecter les collatérales et, par conséquent, de lier dans la région qui en est dépourvue. Mais je crois, avec M. Verneuil, que l'on peut compter sur l'oblitération d'un tronc lié très près des branches, surtout quand la plaie ne suppure pas. J'ai cité, à l'appui de cette opinion, dès 1872, le fait d'une ligature de la carotide externe, pratiquée par M. Lannelongue, immédiatement au-dessus de la thyroïdienne supérieure. Sans caillot, la cicatrice s'était solidement établie. Cependant il faudrait voir si pareille chose se produit ordinairement en aval des ligatures.

Enfin, je suis heureux de voir M. Sée attacher, comme moi, une importance capitale à l'attitude imposée à l'opéré. De l'attitude dépend, comme à l'ordinaire, la facilité et la rapidité du succès.

M. Tillaux fait remarquer à M. Farabeuf qu'il ne l'a pas bien compris, quand il lui fait dire que la veine céphalique sert à conduire sur l'artère. M. Tillaux a dit seulement que la veine céphalique sert à trouver la veine axillaire.

Présentation de malade.

Kyste huileux de l'orbite

par M. Berger.

M. Berger présente un jeune homme, atteint de kyste huileux de l'angle interne de l'orbite. Agé de 19 ans, ce malade se souvient d'avoir porté, dès son enfance, dans la région mentionnée, une

petite tumeur qui s'est accrue graduellement, mais surtout dans les dix dernières années. Cette tumeur, à son entrée à la Charité, avait le volume d'une noisette; elle était située à la partie supérieure de l'angle interne de l'orbite. Recouverte par la peau, qui en était indépendante, elle semblait adhérer à la paroi osseuse de l'orbite et se prolonger assez avant dans cette cavité. Elle était nettement fluctuante et très transparente. L'œil, du reste, ne présentait pas d'exophtalmie, ni de gêne de ses mouvements.

Le siège même de l'affection ne permettait pas de la confondre avec une tumeur lacrymale ou un mucocèle. M. Berger, hésitant entre un kyste dermoïde ou une méningocèle (doute que partageait M. Gosselin), fit en présence de ce dernier, une ponction avec l'aiguille de la seringue de Pravaz et retira trois grammes environ d'un liquide transparent, jaunâtre, qui se figea aussitôt dans un verre. Il s'agissait d'un kyste à contenu huileux; celui-ci formait, sur le papier, les taches caractéristiques par leur transparence que détermine sur celui-ci le contact de l'huile.

Cette matière a été examinée dans les laboratoires de la Faculté. Son point de fusion est le même que celui de la margarine; sa réaction acide la rapproche du contenu des kystes sébacés. Du reste, sa nature chimique ne put être rigoureusement déterminée, en raison de sa faible quantité.

Au microscope on y trouve une quantité énorme de granulations soluble dans l'éther. Au milieu d'elles apparaissent de nombreux globules, sans membrane d'enveloppe, paraissant constitués par l'accumulation concentrique, autour d'un noyau granuleux central, de granulations fortement réfringentes. Ces corps présentent quelque analogie avec des cellules épithéliales infiltrées de graisse, comme on le voit dans les glandes sébacées.

Après l'évacuation du contenu du kyste, trois gouttes de teinture d'iode furent poussées dans sa cavité. Le lendemain, sans qu'il y eut de réaction inflammatoire vive, le liquide s'était reproduit et la tumeur avait repris son volume. Celui-ci décrut les jours suivants; mais, au bout de huit jours, il était encore appréciable.

M. Berger se demande si la guérison sera complète et définitive.

Il rappelle que M. Verneuil, le premier, a signalé à la Société, dans la séance du 27 décembre 1876, l'existence de tumeurs analogues, et que, se basant sur trois observations qu'il avait recueillies, il leur avait assigné comme caractères constants :

1° Leur siège à l'angle interne de l'orbite;

2° Leur origine congénitale;

3 Leur contenu analogue à de l'huile d'olives.

Dans la discussion qui suivit, M. Perrin signala deux exemples nouveaux de kystes huileux de l'orbite, auxquels notre honorable

correspondant, le professeur Albert, de Vienne, ajouta deux autres cas analogues.

Depuis lors, dans la séance du 12 novembre 1879, M. Le Dentu a présenté un kyste dermoïde huileux qu'il avait extirpé, et il avait constaté la transparence.

L'observation de M. Berger corrobore les faits acquis par les observations précédentes, et semble accuser, comme point de départ congénital de la tumeur, les glandes sébacées.

Ce dernier point mérite une confirmation plus rigoureuse.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 13 octobre 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques publiés à Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Journal de médecine de la Haute-Vienne.* — Le *Journal de thérapeutique de Gubler.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue médicale de l'Est.* — Le *Marseille médical.* — L'*Union médicale.* — Le *Journal des sciences médicales de Lille.* — Le *Journal de médecine et de chirurgie ;*

3° Le *British medical.* — Le *Practitionner.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde ;*

4° *Des corps étrangers de l'oreille*, par le Dr Roustan, de Montpellier (renvoyé à une commission composée de MM. Delens, Sée, Desprès) ;

5° *Contributions à l'étude des fractures des os longs, produites par les balles de revolver*, par le Dr Vieusse, médecin-major (commission : MM. Nicaise, Guéniot, Le Dentu) ;

6° *De l'influence des eaux malsaines sur le développement du typhus exanthématique*, par le Dr Robinski, de Berlin ;

7° *De la chirurgie infantile*, par le Dr Motte, de Dinant ;

8° *Notes chirurgicales d'un médecin de campagne*, par le Dr Millot-Carpentier, de Cambrai ;

9° *Observation d'anévrisme de l'artère fémorale. Application de la bande d'Esmarch, suivant la méthode de Reid, à deux reprises, avec résultat incomplet. Insuccès de la compression indirecte. Ligature antiseptique. Guérison*, par le Dr Poinsot, membre correspondant. Lecture en sera donnée dans une des prochaines séances;

10° M. le Dr Surmay, membre correspondant, adresse la lettre suivante :

« Monsieur le président,

« J'ai lu dans l'*Union médicale* du 12 août dernier, au compte rendu de la séance de la Société de chirurgie du 9 juin précédent, ce qui suit :

« M. Trélat présente deux exemplaires de la thèse d'un de ses « élèves, M. le Dr Choquet, *Sur l'emploi du chloral comme agent* « *d'anesthésie chirurgicale*. Les faits contenus dans cette thèse « ont été recueillis dans le service de M. Trélat, à la Charité ; ils « font connaître le *modus faciendi* adopté par ce chirurgien dans « sa pratique hospitalière pour produire l'anesthésie. D'abord, « pour voiler, en quelque sorte, les préparatifs de l'opération, « M. Trélat commence par administrer une potion contenant « 2 grammes de chloral et 40 grammes de sirop de morphine ; « puis, quarante-cinq minutes avant l'opération, il donne, suivant « la nature et la durée présumée de celle-ci, tantôt 4 grammes de « chloral et 40 grammes de sirop de morphine, tantôt 6 grammes « de chloral et 40 grammes de sirop de morphine. M. Trélat ne « croit pas prudent de dépasser cette dose. Sous l'influence de « cette médication, il a toujours vu les malades subir l'opération « avec indifférence et parfois dans un état de torpeur complète. »

« Il semble résulter de cela que M. Trélat est l'auteur d'un nouveau procédé d'anesthésie consistant dans *l'emploi combiné de la morphine et du chloral*, et c'est, en effet, ce qui est confirmé par la lecture de la thèse de M. Choquet.

« Or, dans sa séance du 25 mars 1874, M. Alph. Guérin fit à la Société de chirurgie un rapport sur un travail que j'avais adressé à la Société, en juillet de l'année précédente, et dans lequel je proposais, comme un procédé nouveau d'anesthésie chirurgicale, *l'emploi combiné de l'opium et du chloral*. Sur les conclusions de M. Guérin, ce travail fut inséré au *Bulletin de la Société de chirurgie*, et on peut y voir l'observation qui, je crois, est la première, d'une amputation de la jambe pratiquée par moi pendant le sommeil anesthésique obtenu au moyen de l'emploi combiné de l'opium et du chloral. Ce fait fut aussi publié par la *Gazette des*

hôpitaux dans le numéro du 23 avril 1874. Aucune protestation ne s'est élevée contre la priorité que je m'y attribuais.

« La manière de faire de M. le professeur Trélat n'est pas, à la vérité, absolument identique à la mienne : à l'extrait thébaïque dont je me suis servi, M. Trélat substitue la morphine, et la morphine et le chloral sont associés dans une potion, au lieu d'être administrés séparément, comme je l'ai fait en donnant au malade d'abord 15 centigrammes d'extrait thébaïque en trois doses, à une heure d'intervalle, puis 2gr,50 de chloral, également en trois doses, à une heure d'intervalle; mais si les procédés diffèrent quelque peu, il est bien évident que la méthode est la même.

« C'est donc par erreur que M. Choquet rapporte tout entière à M. Trélat une méthode, pour me servir de la propre expression de M. Choquet, que j'ai conçue, appliquée et publiée plus de six années avant que, par l'emploi qu'il en a fait dans son service hospitalier, M. Trélat ne lui eût donné une sanction dont j'apprécie grandement l'importance.

« Que la même idée soit venue successivement à deux esprits différents, cela n'a rien d'étonnant. L'expérience a prouvé que l'idée était bonne, et c'est l'essentiel. M. Trélat et moi pouvons être satisfaits d'avoir tous deux contribué à doter l'art d'un procédé nouveau et utile.

« Bien assuré que personne ne verra dans cette lettre que ce que j'ai voulu y mettre, c'est-à-dire, un simple complément historique, je vous prie, Monsieur le président, de vouloir bien en donner communication à la Société de chirurgie.

« Veuillez, agréer, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments respectueux.

« SURMAY.

« Ham, le 11 octobre 1880. »

M. le président annonce que M. Paquet, membre correspondant à Lille, assiste à la séance.

A l'occasion du procès-verbal.

Sur les kystes huileux.

M. DESPRÈS. M. Berger nous a présenté dans la dernière séance un malade qu'il avait opéré d'un kyste huileux de l'orbite. C'est le

troisième ou le quatrième exemple que l'on publie. J'en ai observé moi-même un cas. Un oculiste de la ville avait opéré incomplètement un kyste dermoïde de la racine du nez, chez une jeune fille. Il y eut une récidive de la tumeur; j'en fis alors l'ablation : en incisant la poche il sortit un liquide huileux. Je crois que ces kystes ne sont pas d'une nature spéciale, mais qu'ils ne sont que la transformation d'un kyste dermoïde ou d'un kyste sébacé.

M. Berger. L'examen du liquide huileux contenu dans le kyste, que j'ai observé, vient à l'appui de l'opinion de M. Desprès. En effet, on y a trouvé de l'acide sébacique et des cellules d'épithélium. Cependant, contre l'origine sébacée de ces kystes, on pourrait invoquer leur profondeur dans la cavité orbitaire et leur absence de connexion avec la peau.

M. Desprès. Les kystes congénitaux sébacés ne sont pas dans l'épaisseur de la peau, mais au-dessous d'elle. La profondeur du kyste ne m'empêche donc pas de le ranger dans la grande classe des kystes dermoïdes sébacés.

Suite de la discussion sur la ligature de l'artère axillaire.

M. Farabeuf. Depuis notre dernière séance, je me suis livré à des dissections nouvelles de la région sous-claviculaire, et je vous apporte les dessins que j'ai faits d'après nature. Ils vont me servir à appuyer de nouveau sur quelques points de ma communication.

C'est M. Marcellin Duval qui a établi la règle d'inciser très près et le long de la clavicule, afin d'entrer ensuite dans la gaine du sous-clavier. Pour débrider plus facilement cette gaine en dehors, M. Duval recourbe même son incision cutanée et musculaire, qui prend la forme d'un arc concave en bas et en dedans et embrasse *sûrement* la crosse de la veine céphalique.

Comme M. Duval, je crois qu'il faut atteindre l'artère par-dessus cette veine.

Les figures, qui sont sous vos yeux, démontrent bien que le dessous de la crosse est encombré par *les* rameaux artériels acromio-thoraciques, *les* veines correspondantes, *les* nerfs du grand pectoral et, plus profondément, par le canal veineux collatéral et la racine externe du nerf médian.

Je trouve que le bord supérieur du petit pectoral est un point de repère *masqué*, dangereux à aborder. Le reconnaître, c'est-à-dire le dénuder à peu près, pour remonter ensuite au voisinage de la

clavicule, c'est opérer au-dessous de la crosse céphalique, et c'est ce que je crois mauvais, parce que c'est très difficile, même sur le cadavre. Il faut disséquer et couper.

Si l'incision horizontale, celle qui droite aboutit à la pointe coracoïdienne, conduisait au-dessus de la crosse veineuse, c'est-à-dire au-dessus de la région cribriformis, je n'y ferais point d'objection. Mais cette incision, qui divise déjà des artérioles dans le muscle grand pectoral, mince inconvénient, j'en conviens, qui, dans sa partie externe, découvre ordinairement et menace par conséquent le tronc même de la céphalique, qui tombe en plein sur le bouquet d'artérioles, de veinules et de petits nerfs qui se réfléchissent sur le bord supérieur du petit pectoral, cette incision, dis-je, conduit *quelquefois* sur la crosse de la veine, *le plus souvent* au-dessous.

M. Tillaux. M. Farabeuf persiste à condamner le procédé qui consisterait à passer au-dessous de la veine céphalique; mais je ne sache pas qu'aucun auteur ait donné ce conseil.

L'incision de M. Farabeuf ne diffère pas beaucoup de la mienne. Je professe qu'il faut la faire partir du sommet de l'apophyse coracoïde, au lieu de la faire parallèlement à la clavicule.

J'ajouterai qu'il n'y a pas autant d'inconvénient, que M. Farabeuf le dit, à rencontrer ou à ne pas rencontrer la veine céphalique. Lorsqu'on trouve la veine céphalique sous son bistouri, on l'écarte ou, si on ne peut l'écarter, on la coupe entre deux ligatures.

De quoi doit-on se préoccuper le plus quand on fait une ligature d'artère? c'est d'arriver sur l'artère, et pour cela il faut avoir des points de repère, Or, je persiste à dire que le point de repère pour arriver à l'axillaire est le bord supérieur du petit pectoral. Si on rencontre la veine céphalique, on la dévie en bas et en dedans avec un crochet mousse. Il faut ensuite que le chirurgien se préoccupe de la veine axillaire, parce qu'elle est énorme, qu'elle recouvre l'artère et qu'on peut la blesser. Enfin, la ligature de l'axillaire est une de celles où l'on peut le plus facilement prendre un nerf pour l'artère. Quand on a trouvé la veine axillaire, le premier cordon que l'on trouve en allant de bas en haut, est l'artère, si alors on passe un fil sous ce cordon et si on le soulève, on constate qu'il présente des battements.

M. Farabeuf. Je suis obligé de répéter que je me préoccupe exclusivement, en médecine opératoire, d'enseigner des procédés applicables au vivant qui saigne.

C'est pour cela que j'aime qu'on arrive sur les artères par les voies *sèches* et par des voies *faciles* et *sûres*.

Autant que qui que ce soit, je suis imbu de la doctrine des points de repère. Dans le cas actuel, je prends la clavicule et le muscle sous-clavier et je récuse le bord supérieur du petit pectoral pour les raisons anatomiques actuellement dessinées sur le tableau.

Du moment où personne ne dit plus qu'il faut opérer, ni même que l'on peut opérer, sous la veine céphalique, ce qui pourtant serait vrai en de certains cas, je conclus que nous sommes tous d'accord pour dire : il faut *toujours abaisser* la crosse de la veine céphalique pour découvrir l'artère au-dessus.

Je n'en demande pas davantage *contre* l'incision horizontale dirigée vers le sommet coracoïdien, parce que cette incision découvre le dessous de la crosse presque toujours; pas davantage non plus *pour* l'incision juxta-claviculaire, l'ouverture, le débridement externe et l'abaissement de la gaine du sous-clavier, parce que la crosse céphalique remonte *ordinairement* assez haut pour *adhérer* à cette gaine en s'y accolant.

Communication

Sur le traitement des ulcères virulents

par M. Marc Sée.

Par ulcères virulents, j'entends parler des chancres du prépuce et du gland, des chancres qui résultent de l'ouverture d'un bubon chancreux et des ulcères phagédéniques. On peut dire, d'une manière générale, que la guérison de ces ulcères est toujours très longue. La durée de leur traitement se compte toujours par des mois, et même les ulcères phagédéniques peuvent durer des années. Il y a un traitement qui donne des résultats infiniment plus prompts, plus certains et plus avantageux que ceux que l'on emploie habituellement. Ce traitement consiste à enlever avec une curette tranchante toute la matière pulpeuse qui se trouve à la surface de l'ulcère. Le raclage doit se faire avec un soin minutieux, de manière à mettre à nu les tissus sains. Il faut ouvrir tous les clapiers, porter la curette dans toutes les anfractuosités et ne laisser aucune partie du tissu morbide. Tant qu'on n'a pas enlevé tout le mal, on n'a rien fait.

Mais ce n'est pas tout ; lorsque je suis bien sûr d'avoir enlevé tout le mal, je cautérise encore avec le thermocautère toute la surface de l'ulcère.

Après cette opération, qui est longue et douloureuse, et qui, par

conséquent, doit être faite pendant le sommeil anesthésique, je fais un pansement antiseptique avec une solution de chloral ou une solution d'acide phénique.

Quand il existe des chancres du prépuce ou du gland ayant donné lieu à un phimosis inflammatoire, je commence par débrider le limbe du prépuce en y faisant de petites sections multiples au moyen du thermocautère, afin de mettre ces chancres à découvert et de les traiter ensuite de la même façon.

Il ne se produit aucune réaction inflammatoire.

Au bout de trois ou quatre jours, l'escharre s'élimine, et au-dessous on trouve une plaie bourgeonnante et de bonne nature. La cicatrisation se fait ensuite dans l'espace de quinze jours à trois semaines, comme dans le cas d'une plaie simple.

Lectures.

Observation de corps étranger du rectum,
par M. Roustan, de Cannes.

Renvoyée à M. Verneuil pour faire un rapport.

Paralysie obstétricale de l'anus; guérison *par les injections interstitielles d'ergotine,*
par M. Larger, de Maisons-Lafitte.

Commission : MM. Anger, Nicaise et Guéniot.

Présentation de malades.

Déformation et raccourcissement considérables de la jambe, chez une petite fille. Saillie angulaire énorme du tibia en avant.

Par M. Guéniot.

La petite malade, que j'ai l'honneur de présenter, est âgée de 7 ans. Elle est entrée dans mon service avant-hier, et je n'ai pu, jusqu'ici, recueillir sur elle aucun renseignement. La lésion qu'elle porte au membre inférieur gauche, offre un caractère si exceptionnel d'intensité, que mes collègues la verront certainement avec un vif intérêt. Je les prierai, d'ailleurs, de vouloir bien me donner leur avis sur la thérapeutique que réclame une déformation aussi grave du squelette.

La jambe gauche, plus courte que la droite de 8 centimètres, offre une déviation anguleuse des plus remarquables. Dans ses *deux tiers supérieurs*, en effet, le tibia forme une courbe très pro-

noncée à concavité antérieure. La corde qui sous-tend cette sorte d'arc mesure 11 centimètres, et l'intervalle qui la sépare du sommet de la courbure est de 22 millimètres. Quant au *tiers inférieur*, il se dirige brusquement en arrière, en formant avec la portion supérieure un angle presque droit de 108 degrés, saillant en avant. A la jonction de ces deux parties du tibia, se voit un promontoire si accusé que son sommet semble menacer les téguments de perforation. Sur la face postérieure de la jambe, il existe à ce niveau un angle rentrant de même ouverture, c'est-à-dire d'environ 108 degrés.

Le péroné offre lui-même une disposition coudée, tout à fait analogue à celle du tibia ; mais la *saillie pointue* qui en résulte est surtout perceptible à la palpation, et se trouve située à 3 centimètres et demi en arrière de la précédente.

Du promontoire tibial au sillon du coude-pied, la distance est de 6 centimètres et demi. La pointe du péroné correspond au milieu de cet intervalle. On remarque en ce même point une bourse séreuse, du volume d'une amande, à parois épaisses et recouverte d'une peau légèrement calleuse. Elle est due aux pressions et aux frottements que subit, pendant la marche, cette partie inférieure de la jambe, qui, pour chaque pas, vient appuyer sur le dos du pied. Enfin, on trouve en arrière le tendon d'Achille très rétracté et formant sous la peau une corde extrêmement tendue.

Comme conséquence de la lésion osseuse, le membre inférieur, dans toutes ses parties, est le siège d'une atrophie des plus prononcées. Ainsi, l'on peut voir que la fesse est très amaigrie, presque dépourvue de tout relief, et que la cuisse, la jambe, le pied et même les orteils sont notablement moins développés que les parties similaires du côté opposé. D'ailleurs, les mensurations suivantes donneront à cet énoncé la précision désirable.

	Côté malade.	Côté sain.	Différences.
De l'épine iliaque antéro-supérieure à la plante du pied	42 cent.	50 cent.	8 cent.
De la saillie du condyle fémoral externe à la plante du pied	18	26	8
Circonférence de la cuisse dans sa partie supérieure	27 1/2	30 1/2	3
Circonférence de la cuisse à 7 centimètres au-dessus du genou	22	25	3
Circonférence du genou	20 1/2	23	2 1/2
Circonférence de la jambe au niveau du mollet	16	20	4
Longueur du pied (face plantaire) du talon au gros orteil	14 1/2	17	2 1/2
Largeur du pied (face plantaire) au niveau des articulations métacarpophalangiennes.	5	6	1

D'après les deux premières mensurations de ce tableau, on voit que le fémur gauche n'a rien perdu de sa longueur et que tout le raccourcissement porte sur la jambe. J'ajouterai que le bassin est fortement incliné du côté gauche et qu'il est à craindre, pour l'avenir, qu'une déformation de ce canal ne rende, chez cette petite fille, la maternité plus ou moins dangereuse. Par contre, il n'existe jusqu'ici aucune ensellure.

Avec de telles altérations de forme et de nutrition, on comprend aisément que la marche soit très imparfaite. Cependant, la petite infirme se meut avec moins de peine qu'on ne serait porté à le croire. Grâce à un artifice singulier, la progression peut s'effectuer avec une certaine aisance. A chaque pas, en effet, le pied gauche étant posé sur le sol, le tiers inférieur de la jambe vient appuyer horizontalement sur la métatarse, de façon à représenter comme un second pied superposé au premier. Ce sont les parties molles de cette région qui offrent la bourse séreuse et la peau légèrement calleuse dont j'ai parlé plus haut.

Quelle peut être l'origine de cette énorme déformation ? Malgré l'absence de tout renseignement à cet égard, je n'hésite pas à penser qu'il s'agit là d'une ancienne fracture de la jambe, fracture complète des deux os qui, méconnue, mal traitée ou peut-être nullement traitée, se sera néanmoins consolidée comme nous la voyons aujourd'hui. La force prédominante du triceps sural suffit à expliquer comment, en l'absence d'un appareil contentif, le talon, tiré en haut et en arrière, aura entraîné dans son mouvement le fragment inférieur, jusqu'à donner à celui-ci une direction presque horizontale. De là, cet angle osseux si saillant au niveau de la fracture du tibia, et cet autre plus aigu encore (mais plus caché par les parties molles), qui est formé par la fracture du péroné ; de là aussi la rétraction si considérable du tendon d'Achille, le raccourcissement de la jambe, etc.

La petite infirme est d'un développement général très médiocre. Ses parents ont été affectés de rachitisme.

M. Farabeuf. Il me semble que cette déformation dépend d'une fracture produite dans le bas âge et méconnue. J'ai vu une fracture sus-malléolaire, chez un enfant qui n'avait pas été soigné, produire une déformation analogue, mais moins considérable. Il me semble, en outre, qu'il y a une pseudarthrose au niveau de la saillie du tibia, et qu'il se passe quelques mouvements entre les fragments.

M. Labbé pense que la chirurgie peut beaucoup contre cette difformité. Il faudrait d'abord sectionner le tendon d'Achille qui

est rétracté, puis faire une ostéotomie cunéiforme du tibia. On ne redonnerait certainement pas au membre sa longueur normale, mais on pourrait obtenir un membre droit.

M. Le Dentu trouve très naturel que l'on recommande l'ostéotomie dans ce cas; mais il fait remarquer qu'il y a une rétraction considérable des parties molles et des vaisseaux, et qu'il faudrait enlever au moins 6 à 8 centimètres de l'os pour que le redressement fût possible. Sans cela, on s'exposerait à la rupture des vaisseaux. Dans ces conditions, on peut se demander si l'intervention serait profitable à l'enfant.

M. Labbé répond qu'après la section du tendon d'Achille, on pourrait pratiquer le redressement sans rompre les vaisseaux. Dans certains pieds bots, on a souvent fait ce redressement, et les vaisseaux ne se sont pas déchirés.

M. Nicaise est partisan de l'intervention; mais, auparavant, il croit qu'il faudrait pratiquer l'extension continue sur la partie inférieure de la jambe, afin d'étendre autant que possible les parties molles.

M. Sée partage l'opinion de M. Labbé, parce qu'avec la méthode antiseptique l'ostéotomie ne présente plus les mêmes dangers qu'autrefois. Il pense que si on abandonne la malade à elle-même, les conditions de la marche deviendront de plus en plus mauvaises et qu'il arrivera un moment où l'on sera forcé d'intervenir. Il ne croit pas qu'il faille faire une résection aussi étendue que le dit M. Le Dentu pour donner à la jambe une direction rectiligne. Cette résection devant, d'ailleurs, porter sur la diaphyse et non sur les épiphyses, n'entravera pas l'accroissement en longueur du membre.

M. Berger fait remarquer qu'il y a une bourse accidentelle très développée sur la partie saillante du membre.

M. Farabeuf. Quand on aura coupé le tendon d'Achille, il faudra encore faire la section des tendons des muscles profonds, car ceux-ci sont aussi rétractés. A mon avis, M. Le Dentu a absolument raison quand il dit qu'il faudra enlever 6 centimètres du tibia. On arrive, en effet, à ce chiffre, quand on mesure la perte de substance qu'il faudra faire pour redresser l'os. Cependant, on peut espérer un bon résultat du redressement, parce que le pied n'est pas luxé sur le fragment inférieur.

Paris.— Soc. d'imp. P. Dupont, 41, rue J.-J. Rousseau. (64.10-80.) — *Le gérant* : G. Masson.

M. Guéniot. Je commence par remercier mes honorables collègues de leur examen consciencieux et des avis qu'ils ont bien voulu exprimer touchant la question de thérapeutique. Qu'ils me permettent maintenant de formuler ma manière de voir sur le même sujet.

La plupart se sont déclarés partisans d'une opération de redressement, disant que ce dernier était mécaniquement possible, et que, grâce aux procédés de pansement, dont nous disposons aujourd'hui, la plaie chirurgicale serait vraisemblablement sans conséquence fâcheuse.

Sur ces deux points, je partage complètement l'opinion de MM. Labbé, Sée et Farabeuf. Oui, au double point de vue mécanique et chirurgical, je crois l'opération praticable sans de trop graves dangers. Mais au point de vue de la fonction, la petite patiente marchera-t-elle mieux? Tel est, à mon sens, le vif de la question, et cet élément a été quelque peu négligé. N'est-il pas à craindre que la section du tendon d'Achille, avec l'écartement énorme qui devra s'en suivre, ne soit suivie d'une cicatrisation isolée des deux bouts de la division ? Ne saurait-il en être de même des autres tendons, qui devront être aussi sectionnés; et ne faut-il pas prévoir le cas où leur continuité ne se trouverait pas rétablie après la cicatrisation? Alors, d'un membre difforme et très défectueux, on aurait fait un membre inerte et plus embarrassant qu'utile; la situation serait ainsi très aggravée.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement l'angle saillant du tibia qu'il faudra réséquer, mais aussi celui que forme le péroné, et qui est situé trois centimètres et demi plus bas, juste au niveau de la bourse séreuse accidentelle. Par ce fait, l'opération ne peut manquer d'être plus compliquée qu'on ne le supposerait d'abord; et pour ces raisons, j'avoue que j'opinerais plutôt, comme M. Le Dentu, en faveur de l'abstention, me contentant d'améliorer l'état actuel à l'aide d'un simple appareil de prothèse.

Présentation de malades.

Division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais,

par M. Berger.

Il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, chez laquelle la division congénitale de la voûte palatine et du voile du palais s'accompagne d'une absence complète des apophyses palatines et de la cloison des fosses nasales. De plus, ce qui constitue le voile du palais est

un repli très court. Je crois qu'il serait possible de faire une opération d'uranoplastie. Mais si la suture réussissait, je me demande si cette jeune fille serait dans de meilleures conditions après son opération qu'avant celle-ci. Telle qu'elle est, elle peut assez bien prononcer les mots, et, avec de l'exercice, sa prononciation gagnera encore; de plus, quand elle mange et qu'elle boit, ses aliments ne reviennent pas par les fosses nasales. Faut-il, dans ce cas, appliquer un appareil prothétique ou opérer?

M. Tillaux. Je crois que l'opération est possible et que l'on trouvera sur les côtés assez de muqueuse pour combler la perte de substance. Mais l'opération sera-t-elle utile? La jeune fille parlera-t-elle mieux? cela n'est pas probable. L'opération peut d'ailleurs échouer. Il faudra donc faire souffrir la malade pour un résultat fort problématique.

Autant il faut conseiller l'opération pour les perforations acquises, autant il faut être réservé pour les divisions congénitales.

On peut quelquefois avoir la main forcée par la volonté du malade à se faire opérer. Dans le cas particulier, la jeune fille désire-t-elle l'opération?

M. Berger. La jeune fille se soumettra à l'opération, si on la conseille, dans l'espoir de mieux parler.

M. Sée. J'augure mal de l'opération que l'on pourra faire chez cette enfant, parce que la voûte palatine n'existe presque pas. J'aimerais mieux lui faire faire un obturateur.

M. Berger. La plupart de nos collègues, qui ont examiné la malade dans la salle voisine, ont été opposés à l'opération. M. Verneuil m'a dit qu'il commencerait par faire faire un obturateur, et que si la malade gagnait quelque chose dans la prononciation, il s'en tiendrait là; mais que si, au contraire, elle ne parlait pas mieux, il tenterait l'urano-staphylorrhaphie.

Présentation d'instrument.

M. Giraud-Teulon présente, de la part du D[r] Parineau, une *serretelle ou pince destinée à enlever les lambeaux de la capsule* dans l'opération de la cataracte.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 20 octobre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:

1° Les journaux périodiques paraissant à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — *Bulletin général de thérapeutique.* — *Lyon médical.* — *Annales de gynécologie.* — *Recueil d'ophtalmologie.* — *Revue médicale de l'Est.* — *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie.* — *Gazette obstétricale.* — *Revue des sciences médicales.* — *Revue scientifique;*

3° Le *Journal d'Athènes.* — La *Nouvelle gazette d'hygiène.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — Le *British medical;*

4° *De la succion continue dans le pansement des plaies,* par le Dr Tachard, médecin-major ;

5° *Des luxations traumatiques de l'atlas sur l'axis,* par le Dr Faucon, membre correspondant;

6° M. Terrier offre à la Société le deuxième fascicule du tome deuxième de son *Manuel de pathologie chirurgicale.* — (Le président adresse des remerciements à M. Terrier.)

A propos du procès-verbal:

Traitement de certains ulcères vénériens par le râclage suivi de la cautérisation au thermo-cautère. (*Discussion.*)

M. Desprès. Je voudrais savoir de M. Sée s'il a observé des récidives à la suite de son traitement des ulcères phagédéniques par le râclage et la cautérisation au thermo-cautère. Depuis longtemps on a proposé l'excision des ulcères vénériens, mais on a reconnu qu'ils se reproduisaient après l'opération. Dans le traitement de M. Sée, je crois que c'est la cautérisation qui agit; j'ai, pour mon compte, guéri beaucoup de chancres par des cautérisations au chlorure de zinc, dont l'action est supérieure à celle du feu.

M. Sée. Dans la très grande majorité des cas, je n'ai pas vu de

récidives. Je n'en ai guère observé que lorsque les ulcères avaient des dimensions très considérables et que je n'avais pas pu, en une fois, en pratiquer complètement le râclage. Le succès a été constant, toutes les fois que l'étendue du mal ne dépassait pas celle de la paume de la main. Pour moi, la cautérisation, trop incertaine quand on l'emploie seule, n'est qu'un accessoire ; le râclage est indispensable et je ne cautérise que par surcroît de précaution.

Rapport

Sur une communication de M. le Dr Roustan (de Cannes), intitulée :

Corps étranger du rectum. Extraction au moyen des pinces ordinaires à pansement.

Rapport verbal, par M. VERNEUIL.

Messieurs,

Dans la séance du 9 juin 1880, je vous ai rendu compte de deux observations de corps étranger du rectum envoyées à la Société de chirurgie par M. Bernard, de Cannes. J'avais été un peu surpris de ce que dans la deuxième observation, qui semblait avoir été recueillie à l'hôpital de Cannes, le nom du chirurgien, qui avait fait l'extraction du corps étranger, n'eût pas été mentionné. Cette omission a provoqué la communication qui vous a été faite, dans la dernière séance, par M. Roustau lui-même. Il s'est contenté d'établir qu'il était le véritable auteur de la deuxième observation, et l'a complétée par des détails que lui seul pouvait nous donner. Je vous propose donc de faire paraître cette observation dans nos *Bulletins*, telle que M. Roustan nous l'a remise.

La proposition de M. Verneuil est adoptée.

Bougie stéarique de 25 centimètres de longueur, extraction le huitième jour ; guérison.

Par le docteur A. Roustan, médecin-major de l'hôpital de Cannes.

Dans la séance de la Société de chirurgie du 9 juin dernier, M. le professeur Verneuil, en communiquant au nom de M. le docteur Bernard *deux observations de corps étranger du rectum*, exprima le regret que la deuxième observation fût trop concise et trop sobre de détails. Il ne pouvait en être autrement par la raison que M. Bernard n'a pas soigné le malade, et qu'il n'a connu de son histoire que ce que je lui en ai dit moi-même. Je n'avais pu me douter qu'une simple conversation sur un fait intéressant, observé dans mon service à l'hôpital de Cannes, suffirait pour que notre confrère se

crût autorisé à publier sans mon assentiment une observation qui m'appartient, et à en faire le sujet d'une communication à la Société de chirurgie. Mais, si j'avais pensé qu'il en pût être ainsi, je n'aurais pas manqué de lui faire connaître complètement les soins que j'avais donnés au malade et la manière dont je l'avais opéré; ce qui eût peut-être fourni à M. Bernard l'occasion de me citer dans le cours de sa narration.

Ces détails qui n'ont pu être donnés, et pour cause, je demande à la Société de me permettre de les exposer devant elle, et de lui montrer en même temps le corps étranger que j'ai extrait du rectum, et qui est une bougie stéarique de 25 centimètres de longueur.

Obs. — Le 7 janvier 1880, M. Marcel, maçon, âgé de 62 ans, entrait à l'hôpital au moment de ma visite. Il me remit une lettre de M. le docteur Bernard qui demandait l'admission du nommé M..., pour qu'il fût soigné *d'un embarras gastrique*.

Cet homme présentait, en effet, plusieurs signes justifiant ce diagnostic : abattement général, perte de l'appétit, langue recouverte d'un enduit saburral très épais; le malade disait avoir depuis plusieurs jours une constipation opiniâtre, il n'avait pas de fièvre (90 pulsations, température normale).

Je fis administrer un éméto-cathartique, qui produisit plusieurs évacuations, mais qui n'amena aucun changement dans l'état du patient.

Le 9, le même évacuant fut administré sans plus de résultat que la première fois.

Le 12, pas d'amélioration; au contraire, aux symptômes déjà existants s'était joint un léger mouvement fébrile.

Désirant explorer les organes abdominaux, je dis au malade de se coucher complètement; je l'avais toujours trouvé jusque-là assis sur son séant (j'appris plus tard par la religieuse du service qu'il gardait nuit et jour cette position). Il m'avoua alors d'une manière fort confuse que deux jours avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire le 5 janvier, il s'était introduit dans le rectum une grande bougie à brûler, et qu'il lui avait été impossible de la retirer. Il m'en fit sentir une des extrémités, qui soulevait les parois de l'abdomen entre l'épigastre et l'hypochondre gauche.

Par le toucher rectal, en portant le doigt aussi loin que possible, je pus atteindre, non sans peine, un corps dur qui appuyait très haut sur le sacrum. J'acquis la certitude que ce corps, à peine effleuré par la pulpe de mon doigt, n'était autre que le bout inférieur de la bougie ; en effet, en imprimant avec mon autre main quelques mouvements à l'extrémité qui faisait saillie sous la paroi abdominale, ces mouvements, d'ailleurs très limités, étaient transmis au corps dur que je sentais avec le doigt placé dans le rectum.

Je conduisis alors le long de ce même doigt une pince à pansement, avec laquelle je pus saisir la bougie. J'opérai quelques tractions, mais

la pince lâcha prise. Je la replaçai plus solidement, et je parvins cette fois, en tirant doucement, à extraire la bougie sans difficulté. Comme elle était très longue (25 centimètres) et que le trajet qu'elle devait parcourir est courbe, je la sentis se briser en deux endroits, ainsi qu'on le voit sur la pièce que j'ai l'honneur de vous présenter. Mais la mèche tint bon, ce qui me permit d'extraire tout de suite le corps étranger dans son entier.

Le malade, immédiatement soulagé par la suppression de cette sorte de pal qu'il avait gardé pendant huit jours dans l'intestin (rectum et colon descendant), se remit très vite, et fut en état de quitter l'hôpital quelques jours plus tard.

Il m'est permis, je crois, de tirer de cette observation les conclusions suivantes :

1° La muqueuse de l'intestin a peu de tendance à s'enflammer par le contact prolongé des corps étrangers même volumineux, quand ils ne sont pas de composition chimique irritante et d'une irrégularité susceptible de blesser l'intestin ;

2° L'emploi d'instruments peu compliqués, d'une pince à pansement ou d'une pince à polype, par exemple, pour extraire ces corps étrangers, est souvent suffisant, et par conséquent préférable aux grandes manœuvres chirurgicales.

Rapport

Par M. Desprès.

Sur un travail du Dr Roustan, intitulé :

Corps étrangers du conduit auditif.

Au nom d'une commission composée de MM. Delens, Sée et Desprès, rapporteur.

M. Roustan a extrait du conduit auditif deux haricots, un noyau de fruit d'aubépine et un petit caillou. Il s'est servi, pour les extraire, de la tige coudée du Dr Miot, tige que ce spécialiste emploie avec du coton pour nettoyer le conduit auditif. Il en a tiré la conclusion générale, que ce mode d'extraction devait devenir classique, que les enfants le supportaient très bien et que le chirurgien pouvait toujours réussir, à la condition qu'il s'éclairât bien et qu'il suivît la paroi inférieure du conduit. Le reste du travail de M. Roustan est en rapport avec les données classiques sur le sujet.

Mais la commission a remarqué dans ce travail une phrase qu'elle ne peut laisser passer : « Les irrigations d'eau tiède fournissent au public ignorant et au médecin inexpérimenté le moyen

le plus simple et le moins dangereux d'extraire les corps étrangers. »

M. Roustan s'appuie sur l'autorité de Troeltsch, qui n'est pas partisan des injections auriculaires. Je me permettrai de contester l'autorité de Troeltsch qui, entre autres irrégularités, conseille de coucher les enfants sur le côté de l'oreille où il y a un corps étranger et d'en attendre la sortie spontanée. Les auriculistes nous ont d'ailleurs habitués aux idées bizarres de ce genre. Itard n'avait-il pas conseillé d'attendre que les pois ou les haricots eussent germé dans le conduit auditif, pour les extraire par leurs racines.

Pour ma part, je ne saurais laisser passer ce jugement sans protester.

On n'a pas le droit de défaire, sous le prétexte de progrès, les acquisitions à qui les chirurgiens de bon sens et la Société de chirurgie ont donné droit de domicile dans la chirurgie. On aura beau chercher, on ne trouvera jamais rien de mieux que les injections d'eau pour extraire les corps étrangers qui ne sont pas hygrométriques. Un moyen, qui est à la portée des médecins peu expérimentés, n'est pas déplacé dans les mains de celui qui l'est plus ; les choses sont faites mieux et plus vite, voilà tout.

La tige coudée, *la curette*. La curette de Leroy d'Etiolles, l'épingle à cheveux recourbée en forme d'anse-curette, tout cela a réussi dans quelques cas, mais combien de fois de tels procédés ont-ils échoué ! Et si je n'avais pas vu réussir les injections chez des malades auxquels les manœuvres avec la curette avaient donné une inflammation violente, je ne serais pas aussi affirmatif. Ce n'est pas avec quatre observations qu'il faut appuyer un procédoncule contre le procédé de Mayor qui, depuis 60 ans, a fait journellement ses preuves. J'ai enlevé les deux seuls haricots, que j'aie rencontrés dans l'oreille, avec un crochet planté dans le haricot; je me suis borné à dire que ce procédé était le plus sûr pour extraire les haricots ; c'eût été une folie de généraliser davantage, et c'est parce que, dans quelques cas particuliers, les injections sont impuissantes, que l'on a le droit de les négliger ! Mais, depuis le commencement de ma carrière, à l'hôpital Sainte-Eugénie, à l'hôpital des Enfants où j'ai remplacé Giraldès, et à la consultation de l'hôpital Cochin, j'ai enlevé plus de vingt corps étrangers du conduit auditif, pierres, noyaux de cerises, perles, boutons, pois secs, avec les injections, et je n'ai jamais échoué. L'expérience de mes collègues vaut la mienne et je fais appel ici à leurs souvenirs.

Il manque dans le travail de M. Roustan quelque chose que le temps et l'exercice plus long de sa profession lui apprendront : la distinction entre les cas où le corps étranger est depuis peu dans

le conduit et les cas où il y est depuis longtemps et a produit une otite externe.

Dans les premiers cas, on peut réussir sans les injections d'eau, mais si l'on échoue, l'on n'a à s'en prendre qu'à soi; c'est le chirurgien lui-même qui aura enfoncé davantage le corps étranger. Dans le cas où il y a de l'inflammation, les curettes, pinces, etc. sont recommandables, parce que l'on ne peut pas faire autrement. Les injections réussissent quelquefois, mais elles ne sont pas absolument sûres.

Les mémoires, qui nous sont présentés, ne sont pas destinés seulement à recevoir un éloge banal ; ils sont destinés à être jugés, non pas seulement pour nous, mais encore pour le public.

La Société de chirurgie pourra, si elle le juge convenable, désavouer son rapporteur, mais voici mon sentiment : M. Roustan, qui se montre si indifférent aux avantages des injections auriculaires, devait apporter un nombre de faits plus grand que ceux qu'il a cités, avant de déranger la science sur un des points où les chirurgiens sont le plus unanimement d'accord.

Néanmoins votre commission vous propose de déposer le mémoire de M. Roustan aux Archives et de lui adresser des remercîments.

Discussion.

M. Gillette. Je m'associe entièrement aux idées exprimées par M. Després. J'ai réussi au moyen d'injections quotidiennes dirigées vers la paroi supérieure du conduit auditif, à faire sortir un pois qui était depuis sept ans dans l'oreille d'un enfant de dix ans. J'ai constaté, après l'extraction du corps étranger, que le tympan était intact et que l'ouïe n'avait rien perdu de sa finesse. Des tentatives infructueuses avaient été faites avec un crochet et même des injections.

M. Terrier. M. Després a défendu un procédé tout à fait classique qui nous a donné, à tous, des succès, mais qui pourtant n'est pas infaillible. On peut échouer quand il y a du gonflement inflammatoire ou que le corps étranger a été refoulé dans la caisse du tympan. Les injections peuvent même enfoncer le corps étranger, lorsqu'on n'a pas eu soin de le déplacer un peu préalablement avec un petit crochet. Lorsque les phénomènes inflammatoires se sont calmés, on réussit beaucoup plus sûrement.

M. Marjolin. Le procédé classique des injections est trop souvent négligé. Les pinces, employées ordinairement, refoulent forcément le corps étranger. J'ai même vu mourir un enfant, à qui on avait voulu extraire un corps étranger de l'oreille avec

un davier. Le rocher avait été fracturé à la suite de manœuvres violentes répétées. Je me rallie donc aux conclusions de M. Desprès, tout en sachant que les injections n'assurent pas toujours la réussite.

M. Verneuil. Nous sommes d'accord sur l'utilité des injections; quand il n'y a pas eu préalablement de tentatives d'extraction, on réussit généralement. Si les injections sont inefficaces, je crois très important de chloroformiser les petits malades. Outre que c'est la seule manière d'agir avec précision, cela permet de porter un diagnostic fondé sur une exploration complète. Il ne faut jamais se contenter des renseignements de la famille. On a vu même des médecins convaincus qu'ils touchaient le corps étranger avec un stylet, alors que c'était sur la partie osseuse de la caisse qu'ils frappaient.

Je préconise donc les injections avant tout, puis, en cas d'échec, la chloroformisation, comme moyen de simplifier l'exploration du conduit et l'emploi des instruments, tels que crochets, curettes articulées, etc.

M. Desprès. Je constate que mes conclusions ont l'approbation de mes collègues. Je sais bien n'avoir pas inventé la méthode que je préconise; mais j'ai pensé devoir la défendre avec énergie contre des attaques venues du dehors.

M. Terrier a parlé de corps étrangers bouchant le conduit auditif. Sauf le cas d'inflammation, il y a toujours un intervalle entre eux et la paroi, sans compter que les corps que les enfants s'introduisent dans l'oreille, ont ordinairement des dimensions inférieures à celles du conduit. Les injections ne doivent être proscrites que pour les corps hygrométriques, comme les haricots, etc.

Il y a manière de faire les injections. Je préfère la vulgaire seringue des hôpitaux à la violente pompe aspirante et foulante dont se servent certains auristes. Il faut faire suivre au courant la paroi supérieure. Le cas de M. Gillette est très favorable à la méthode des injections répétées.

Quant aux corps tombés dans la caisse, M. Roustan ne s'en occupe pas dans sa communication. C'est un cas tout particulier qui demande une thérapeutique spéciale. Je crois, avec M. Verneuil, que la chloroformisation peut être fort utile.

M. Terrier. Quelquefois les enfants s'introduisent dans l'oreille des corps qu'ils ont gardés dans leur bouche et qui sont susceptibles de se ramollir. Ceux-là bouchent le conduit. Quant à la question des corps étrangers de la caisse, elle n'est pas si différente de l'autre, car ce sont encore les injections dans le conduit qui

réussissent le mieux à les déplacer. Si Troeltsch parle des injections d'eau et d'air par la trompe, c'est pour dire qu'il n'en a rien tiré de bon.

M. Desprès. Je n'ai jamais été obligé de me servir d'une curette. J'ai vu, une fois, M. Ménière fils introduire séparément dans le conduit auditif les branches d'une sorte de pince-forceps. Une des branches, agissant avant l'articulation sur le corps étranger, l'a ramené comme une curette. En résumé, pour moi, tout chirurgien qui ne commence pas par les injections commet une faute chirurgicale.

M. Farabeuf. Il y a des cas où les pinces peuvent être employées, par exemple, lorsque le corps étranger est un épi de blé ou d'orge. J'ai extrait ainsi l'extrémité d'un épi d'orge, ayant 3 ou 4 millimètres de long, et grâce à un mouvement de rotation continué, je l'ai amenée sans peine au dehors.

M. Desprès. Les pinces conviennent, en effet, pour les corps longs, tels qu'un épi, une aiguille, une épingle, qui se présentent par une extrémité, mais ces cas sont exceptionnels.

Lecture.

M. le secrétaire général lit le travail suivant :

Anévrisme de l'artère fémorale. — Application de la bande d'Esmarch, suivant la méthode de Reid, à deux reprises, avec résultat incomplet. — Insuccès de la compression indirecte. — Ligature antiseptique. — Guérison.

Par M. Poinsot, membre correspondant.

J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de mon confrère le Dr Castaigna et au mien, l'observation suivante :

H. ., âgé de 36 ans, contre-maître dans une usine, d'une constitution robuste et d'une stature élevée, sans antécédents d'alcoolisme ni de syphilis, était, le 14 janvier, occupé à charger un ballot pesant sur une charrette, quand, à la suite d'un violent effort, il éprouva dans la cuisse droite une douleur très aiguë, mais qui ne persista pas ou du moins qui s'atténua rapidement et lui permit de continuer son travail.

Cependant le soir même H... se plaignait vivement de la cuisse et demandait les conseils d'un médecin, qui s'arrêta à l'idée d'une douleur rhumatoïde. A ce moment, le malade est très précis sur ce point, il n'existait pas de tumeur.

Ce fut seulement après quatre jours, pendant lesquels le malade avait été obligé de garder le lit à cause de l'acuité des souffrances, qu'apparut à la partie interne de la cuisse, sur le trajet des vaisseaux, à la pointe du triangle de Scarpa, une petite tumeur du volume d'une noix, animée de battements et très douloureuse á la pression. Le médecin ordinaire annonça un abcés, prescrivit des cataplasmes, et promit d'intervenir plus tard, quand il jugerait l'indication suffisante.

La tumeur continuant à augmenter de volume, sans changement de couleur des téguments, et les douleurs demeurant fort vives, le malade demanda, le 1er février, les soins du Dr Castaigna.

Celui-ci reconnut aussitôt un anévrysme, et, s'ouvrant á l'entourage du malade sur la gravité de la situation, me fit l'honneur de réclamer mon avis.

Je vois le malade le lendemain, 2 févríer, et le trouve dans l'état suivant. Il existe à la partie interne de la cuisse, au point déjà indiqué, une tumeur faisant au-dessus des téguments une saillie de 2 centimètres environ. Elle mesure 7 centimètres dans le sens de la largeur du membre et 10 centimètres dans le sens de la longueur. Son extrémité supérieure remonte à 10 centimétres de l'arcade crurale. Cette tumeur est animée de battements nettement appréciables à la vue et que la palpation fait reconnaître très forts et trés amples. L'expansion est notable. L'auscultation révèle un bruit de souffle systolique. La compression de la fémorale, au pli de l'aîne, supprime les battements et le souffle : la tumeur peut alors être réduite presque en entier. Les téguments qui recouvrent la tumeur sont sains et conservent leur apparence normale. Le membre ne présente ni engourdissement, ni œdème.

L'état général du malade est excellent, la face est seulement amaigrie et pâlie par l'insomnie des quinze derniers jours.

Je propose au Dr Castaigna de traiter cet anévrysme par la méthode de Reid (application de la bande d'Esmarch) que complétera la compression indirecte mécanique. Ce traitement est adopté et mis en usage le 3 *février*.

J'applique la bande d'Esmarch sur le membre, à partir des orteils, comme pour obtenir l'ischémie chirurgicale. Au niveau de la tumeur, je laisse la bande aussi lâche que possible. La compression est reprise au-dessus. Le tube élastique est serré fortement à la racine du membre, fixant la partie supérieure du bandage.

L'application est faite à 10 h. 35 m., le malade n'étant pas chloroformé. A 10 h. 40 m., la douleur commence à être fort vive ; elle s'exaspère rapidement, si bien qu'á 10 h. 55 m , le Dr Castaigna est obligé de faire au malade une injection sous-cutanée de 1 centigramme de morphine. A 11 h. 10 m., le malade, un moment calmé par l'injection, semble éprouver une recrudescence des douleurs. A 11 h. 30 m., j'enléve la bande; l'application a duré cinquante-cinq minutes.

Les battements persistent dans la tumeur, mais ils sont plus faibles, surtout à la partie inférieure, où la tumeur a acquis une notable dureté. Le Dr Castaigna pratique la compression digitale de la fémorale au pli

de l'aine, pendant que j'applique, immédiatement au-dessous, une des pelotes du compresseur de Mathieu.

Je revois le malade à 4 heures 1/2 : la compression a donc été maintenue pendant 5 heures. La tumeur est solide dans sa moitié inférieure; les battements ont disparu en ce point; ils ne se retrouvent qu'à la partie supérieure ; encore ont-ils diminué d'intensité. Le souffle, dans la partie solidifiée, est très adouci.

4 *février*. — La compression a été irrégulière pendant la nuit, l'appareil s'étant dérangé.

Les battements sont faibles; la tumeur est moins volumineuse : elle ne fait guère qu'une saillie d'un centimètre. Le bruit de souffle est à peine perceptible à la partie supérieure et ne l'est nullement à la partie inférieure de la tumeur. Celle-ci n'est plus réductible qu'incomplètement.

A 4 heures. — La compression a été souvent interrompue depuis le matin, par suite de la douleur causée au malade par l'inflammation des ganglions inguinaux. Les battements et le bruit de souffle sont plus faibles.

5 *février*. — La compression a été nulle depuis la veille. La tumeur est plus volumineuse et moins dure ; les battements se perçoivent sur une plus grande étendue. Le malade a beaucoup souffert pendant la nuit au niveau de la tumeur et au-dessous. — Le compresseur, remis en état, est appliqué solidement.

6 *février*. — Le malade, très fatigué par la compression, ne peut la maintenir exactement que pendant de courtes périodes. L'état antérieur semble revenu, sauf à la partie inférieure de la tumeur qui demeure solide: même en ce point, on entend un bruit de souffle et l'expansion est perçue. La saillie de la tumeur est de 2 centimètres.

7 *février*. — La compression est continuée sans interruption pendant 4 heures.

8 *février*. — Compression pendant 8 heures, en deux fois.

9 *février*. — La compression a été maintenue une partie de la nuit. La tumeur est fort dure, même dans sa partie supérieure. Le volume en est réduit, et la saillie qu'elle forme n'est plus que d'un demi-centimètre. Battements moins forts, expansion moins marquée. Le souffle est plus doux.

Cette amélioration ne dura pas, bien que la compression eût été exactement maintenue. Les battements, le souffle reparurent, et la consistance de la tumeur redevint aussi molle qu'antérieurement. Aussi jugé-je utile de recourir à une deuxième application de la bande d'Esmarch, *le* 14 *février*.

Cette fois, le malade fut anesthésié par le chloroforme. J'appliquai la bande, comme dans la première séance, mais en laissant à nu la partie où siégeait l'anévrisme. La bande resta en place 1 heure 15 minutes. Je fis pratiquer par le Dr Castaigna la compression digitale de la fémorale au pli de l'aîne, avant de desserrer le tube élastique et d'enlever la bande. Le compresseur de Mathieu fut aussitôt appliqué. Je ne pus donc juger des modifications subies en ce moment par la tumeur.

Quand je revois le malade dans la journée, la compression a été très régulièrement faite pendant 6 heures. La tumeur est très dure, mais les battements persistent ; seulement leur intensité est très diminuée.

15 *février*. — Dans la nuit, la tumeur a cessé complètement de battre. Elle est en même temps devenue très douloureuse et semble augmentée de volume. Le malade, fatigué par la compression, desserre l'appareil et s'endort ; réveillé brusquement par un accès de toux, il éprouve une sensation de déchirement dans la cuisse et reconnaît qu'elle a recommencé à battre.

16 *février*. — Les choses sont à peu près dans le même état qu'avant la deuxième application de l'appareil d'Esmarch. Cet état persiste jusqu'au 21 *février*, où une amélioration paraît encore se produire, en même temps que des douleurs fort vives se font sentir dans la partie interne de la cuisse, au-dessous de la tumeur.

Le 22 *février*. — Les battements sont presque inappréciables au doigt. La tumeur, augmentée de volume, est extrêmement dure dans tous les points. Douleurs au niveau et au-dessous de l'anévrysme. Craignant l'inflammation du sac, je fais suspendre la compression 3 heures par jour.

24 *février*. — La main ne sent plus les battements : c'est à peine si, en regardant de profil, on constate un léger soulèvement des doigts appliqués sur la partie supérieure de la tumeur. L'oreille perçoit au même point un léger bruit de souffle. Les douleurs ont augmenté et privent le malade de tout repos : elles ne sont un peu soulagées que par la compression de l'artère au niveau du pli de l'aîne. Aussi le malade demande-t-il à ne plus faire d'interruptions.

Pendant la nuit, les battements s'arrêtent totalement pendant 2 heures 1/2 : le malade éprouve à ce moment des douleurs intolérables. Quand elles se calment, le malade constate que les battements ont reparu, quoique peu marqués.

25 *février*. — Battements un peu plus forts ; bruit de souffle plus net. Le malade a cessé de souffrir.

26 *février*. — La tumeur est moins dure ; les battements, le bruit de souffle sont revenus avec leur intensité première.

Le 1er *mars*. — L'état est encore une fois le même qu'avant le 14 février.

Le 3 *mars*. — L'amélioration reprend (la compression indirecte totale a été continuée presque sans interruption).

5 *mars*. — Battements non perceptibles à la main, mais expansion appréciable à l'œil. Souffle extrêmement doux et profond. La tumeur a recommencé à durcir. Le malade ne souffre pas.

15 *mars*. — L'amélioration a cessé : tumeur plus molle, retour des battements, etc.

Le malade, très fatigué par la compression, se refuse à la continuer, et réclame une opération.

J'adopte la ligature, qui sera pratiquée le 17 : d'ici là, le malade

devra suspendre l'emploi du compresseur, pour permettre à l'engorgement des ganglions inguinaux de céder.

17 *mars.* — En arrivant pour opérer, je constate une des améliorations plusieurs fois constatées. La tumeur est dure, les battements en sont à peu près imperceptibles ; bruit de souffle très léger.

Je décide le malade à attendre et à reprendre la compression. A 10 heures du soir, les battements cessent et le malade peut se croire guéri.

18 *mars.* — L'arrêt des battements dure jusqu'à 11 heures du matin : pendant ce temps, la tumeur était très augmentée de volume et surtout très douloureuse. — A 11 heures, les battements reparaissent.

Le Dr Castaigna revoit le malade à 5 heures. La tumeur a diminué de volume; les battements ont reparu, mais à peine perceptibles à l'œil, non appréciables à la main. La douleur a cessé.

19 *mars.* — Les battements ont repris de l'amplitude ; la tumeur a perdu de sa dureté. Cette fois, le malade exige une intervention que je ne crois pas devoir lui refuser.

Opération le 23 *mars*, avec l'aide des docteurs Castaigna et Gautier, de M. Courtin, interne des hôpitaux, et de M. Rivals, préparateur du cours de physiologie. Spray phéniqué ; précautions anté-opératoires minutieuses. Je fais choix de la méthode d'Anel à cause du siège de l'anévrisme. L'artère, dénudée sur une étendue de 2 centimètres 1/2, est liée à 8 centimètres au-dessous de l'arcade crurale. J'emploie un catgut anglais n° 3. Drain en cuir au fond de la plaie que réunissent un point de suture profonde avec fil d'argent et six points de suture superficielle avec crin.

A 5 heures, le malade se plaint d'éprouver quelque gêne au niveau de la plaie. Aucun engourdissement du membre. La température est plus élevée et la peau plus rouge que du côté sain.

Pouls à 56. — Langue bonne ; état général excellent.

24 *mars.* — Nuit assez bonne ; peu de sommeil. Pouls à 72 ; langue blanche. Le chloroforme a fatigué l'estomac du malade qui a de l'inappétence.

Pansement. La réunion paraît obtenue; ni gonflement, ni rougeur des environs de la plaie. La sensibilité à la pression est nulle. Il s'est écoulé par le drain un peu de sérosité sanguinolente. La tumeur anévrismale, très réduite de volume, est dure et ne présente ni mouvements d'expansion, ni battements, ni bruit de souffle. La température du membre est normale.

25 *mars.* — Nuit bonne ; sommeil calme. Pouls à 80, peau fraîche ; langue nettoyée.

26 *mars.* — Deuxième pansement. Réunion complète, sauf au niveau du drain. J'enlève celui-ci, ainsi que les sutures.

4 *avril.* — Pansement. La peau seule reste à cicatriser au niveau de l'orifice du drain. On sent, au-dessus et au-dessous de la tumeur, un cordon résistant, formé sans doute par l'artère oblitérée. La tumeur diminue de volume et perd de sa dureté.

Le malade se lève pour la première fois, en conservant le membre étendu sur une chaise.

10 *avril*. — Cicatrisation complète.

12 *avril*. — Le malade commence à marcher

La guérison s'est maintenue et aujourd'hui il ne reste de l'anévrisme qu'une petite induration, du volume d'une noix.

La compression élastique appliquée suivant la méthode de Reid s'est montrée, dans le cas précédent, inefficace à produire la solidification durable de la tumeur anévrismale. A vrai dire, la compression indirecte n'a pas donné un résultat meilleur : elle a bien pu déterminer la formation de caillots qui ont persisté quelques heures, mais, au bout de ce temps, les battements ont reparu et la tumeur a repris son premier aspect. Ce double insuccès autorise à penser que notre cas était de ceux que les conditions anatomiques du sac rendent rebelles à un traitement non sanglant.

J'insiste sur ce point, parce que je ne voudrais pas que l'observation précédente nuisît en rien à la méthode de Reid. Celle-ci a fourni en Angleterre des résultats qui méritent de fixer l'attention des chirurgiens. En 1878, M. L.-H. Petit[1] comptait 20 faits où cette méthode avait été mise en usage, avec 11 succès. J'ai pu réunir 23 autres faits avec 14 succès. Ces 43 faits se répartissent de la manière suivante :

Anévrismes	fémoro-inguinaux....	2 faits	avec	2 succès.
»	fémoraux...........	2	»	»	1 succès.
»	poplités............	37	»	»	21 succès.
»	de la tibiale antérieure.	1	»	»	1 succès.
»	axillaire............	1	»	»	insuccès.
		43			25

Dans quelques-uns des insuccès, la méthode n'avait pas été appliquée suivant les préceptes de l'auteur : on n'eut pas recours à la compression indirecte après l'ablation du bandage élastique. D'autres faits ont été simplement mentionnés dans une discussion, avec la seule indication du résultat et sans détails sur le mode d'emploi de la méthode. Enfin, dans le cas d'anévrisme axillaire, le siège de la tumeur contre-indiquait la compression élastique. Les faits de cet ordre doivent en toute justice être éliminés, et on se trouve alors en présence de 35 faits, où la méthode de Reid a été mise en

[1] L.-H. Petit. — De l'emploi de la compression élastique dans le traitement des anévrismes des membres. (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XCIV, 10e liv., p. 458 et suiv.)

usage dans toute sa rigueur et fournissant 25 succès, soit une proportion de 71,43 0/0.

J'ajouterai que, sur les 25 succès, 19 fois la guérison a été obtenue après une seule application de la bande élastique; 14 fois, la tumeur était solidifiée avec une durée de traitement n'excédant pas 12 heures; 2 fois, la solidification eut lieu au bout de 80 heures; 3 fois seulement, la compression consécutive dût être continuée de 2 à 5 jours. Dans les 6 autres succès, une deuxième application de la bande élastique fut nécessaire pour amener la guérison.

En résumé, la méthode de Reid, appliquée rigoureusement, a été suivie de succès dans 71,43 0/0 des cas; et, dans 56 0/0 des faits heureux, la guérison était obtenue en moins de 12 heures.

Si l'on songe que la durée relativement courte des applications permet de s'assurer les bénéfices de l'anesthésie, on conviendra sans doute qu'avec un tel passé, la méthode de Reid mérite un essai loyal.

M. Verneuil. M. Poinsot a omis de mentionner des accidents graves ayant été la conséquence de l'emploi de la méthode de Reid. C'est une lacune à combler. En revanche, je tiens à profiter de l'occasion, pour porter à votre connaissance un cas remarquable de guérison d'un anévrisme par l'application du pansement ouaté compressif, dont j'ai été témoin avec MM. Richet et Broca. Ce cas serait digne d'être communiqué à la Société.

M. Sée. Je ne dirai qu'un mot au sujet de la statistique de M. Poinsot. Elle ne me paraît pas avoir une très grande importance, car ici, comme dans beaucoup de cas, on peut supposer que bien des insuccès sont restés dans l'ombre. Pour mon compte, j'ai échoué dans le traitement d'un anévrisme du creux poplité par la compression élastique.

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire,
A. Le Dentu.

Séance du 27 octobre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin de*

l'Académie royale de médecine de Belgique. — Le *Journal de thérapeutique.* — Le *Praticien.* — La *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie ;*

3° Le *British medical.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde ;*

4° *Du traitement des maladies charbonneuses chez l'homme par les injections sous-cutanées d'iode*, par M. Chipault, d'Orléans, membre correspondant ;

5° Une lettre de M. Millot-Carpentier, de Montecouvey, sollicitant d'être inscrit sur la liste des candidats au titre de membre correspondant ;

6° M. le professeur Simonin, de Nancy, adresse à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant : 1° un volume des *Mémoires de la Société de médecine de Nancy;* 2° une thèse de M. Maurice sur la *Dilatation rapide de l'urèthre chez la femme;* 3° un mémoire intitulé : *Faits récents de la dilatation rapide du canal de l'urèthre chez la femme* (renvoyée à une commission composée de MM. Nepveu, Delens, Terrillon, rapporteur) ;

7° *Trois observations d'anévrismes*, adressées par M. Combalat, de Marseille, à l'appui de sa candidature au titre de membre correspondant (renvoyé à une commission composée de MM. Gillette, Duplay, Polaillon) ;

8° Un mémoire pour le prix Laborie intitulé : *Des opérations palliatives chez les cancéreux.*

M. le président annonce que M. Cazin, membre correspondant, assiste à la séance.

A propos du procès-verbal.

Traitement des anévrismes par la bande d'Esmarch (*Suite de la Discussion*).

M. Verneuil. J'avais dit, dans la dernière séance, que la statistique de M. Poinsot, à propos de la cure des anévrismes par la bande d'Esmarch, me paraissait trop favorable. J'ai fait des recherches, et j'ai trouvé que, actuellement, la compression élastique par la bande d'Esmarch a été employée plus de quarante fois ; dans deux cas, il y a eu mort par suite d'accidents imputables à la méthode.

Dans le premier, rapporté par M. Weir, de New-Yorck[1], il

[1] *Arch. of med.*, avril 1880, t. III, p. 210.

s'agissait d'un anévrisme poplité pour lequel on fit deux séances de compression élastique : la première de 4 heures 35 minutes, et la seconde de 7 heures 20 minutes. Le lendemain, il se manifesta des signes de sphacèle des orteils, puis le malade s'affaiblit peu à peu et mourut 27 heures après la cessation de la compression.

A l'autopsie, l'anévrisme renfermait un caillot qui remplissait la cavité. Dans les viscères, on trouva une phtisie avancée des deux poumons, une dégénérescence graisseuse des fibres musculaires du cœur, de l'athérome aortique et une congestion très intense des reins.

Il est donc probable que la mort a été causée par l'excès de pression exercée pendant près de 12 heures sur le cœur, excès de pression déterminée par le refoulement dans l'appareil circulatoire de la quantité du sang contenu dans le membre inférieur. Il s'est passé là quelque chose d'analogue à ce qui se passe lorsqu'on fait une transfusion à haute dose, laquelle détermine des congestions vers les viscères.

Cette catastrophe n'est donc pas directement imputable à la compression élastique, mais à l'altération du cœur et probablement aussi des poumons, altération antérieure au traitement de l'anévrisme. Il en résulte que la compression élastique est dangereuse chez un cardiaque.

D'ailleurs, la durée de la compression a été, dans ce cas, exceptionnellement longue, car la moyenne, dans les autres cas, n'a guère été que de 1 heure 1/2 au plus.

Le second fait malheureux n'est pas moins intéressant (*The Lancet*, 16 octobre 1880, p. 608). L'anévrisme, spontané et à marche rapide, provenait de la tibiale antérieure. Il fut pris par un premier médecin pour un abcès et incisé. Il en résulta une hémorragie abondante qui fut arrêtée par la compression. Deux jours après, le malade entra à l'hôpital où l'interne de garde crut devoir faire une ponction exploratrice qui n'amena que du sang.

Malgré l'inflammation de la peau qui recouvrait la tumeur, le chef de service, Walter Rivington, diagnostiqua un anévrisme et fit une heure de compression avec la bande d'Esmarch, en passant légèrement sur la tumeur. Cette première séance fut inefficace ; mais le lendemain, il survint une hémorragie grave par la plaie de l'incision. On fit une nouvelle séance de compression élastique qui détermina la coagulation du sang dans le sac, au bout de 1 heure 20 minutes. Le lendemain, les orteils commencèrent à se sphacéler. Quatre jours après, l'orifice, laissé par l'incision, s'ulcéra et livra passage à du sang noir et à des fragments de caillots, mais il n'y eut pas d'hémorragie. Au huitième jour, la gangrène

s'arrêta au tiers inférieur de la jambe, mais alors survint une pneumonie aiguë qui enleva le malade en quelques jours.

Les viscères ne furent pas examinés. Le malade, quoique d'apparence robuste, était âgé de 58 ans, et il est probable que les hémorragies graves, qui avaient précédé la coagulation du sang dans l'anévrisme, ont joué un grand rôle dans la production du sphacèle, en affaiblissant outre mesure un sujet âgé.

Mais un fait, dont il faut tenir le plus grand compte, c'est que la jambe et le pied étaient œdématiés avant l'application de la bande élastique; celle-ci fut faite sur une région dont la circulation se faisait mal déjà, autre cause prédisposante du sphacèle; enfin on trouva dans la poplitée un caillot évidemment ancien et antérieur à la compression.

Pourquoi, dans ce dernier cas, n'a-t-on pas fait la ligature des deux bouts de l'artère, puisque l'anévrisme était ouvert, plutôt que d'appliquer la compression élastique?

M. Sée. Je crois que dans le premier cas, qui vient d'être cité, la compression a été mal faite. On a laissé la bande élastique pendant 4 heures; c'est beaucoup trop. L'auteur de la méthode dit qu'il ne faut la laisser en place que pendant une demi-heure.

Corps étrangers de l'oreille (*suite de la discussion*).

M. de Saint-Germain. Par une coïncidence singulière, en sortant de la dernière séance, j'ai été appelé auprès d'une petite fille de huit ans qui s'était introduit un bouton de porcelaine dans l'oreille. Ce corps étranger était plus gros que ceux que les enfants introduisent ordinairement dans leur conduit auditif. En pareil cas, je ne me donne pas la peine de faire une extraction; je fais faire des injections d'eau tiède dans le conduit avec la grosse seringue dont se servaient nos pères, et bientôt le corps étranger sort spontanément. Mais, dans le cas que je cite, malgré les injections d'eau tiède, le bouton n'a pas bougé. J'endormis alors la petite fille, et je pus voir le bord du bouton. Je cherchais avec quel instrument je pourrais le retirer, lorsque j'aperçus sur une table à ouvrage un instrument à faire du crochet. Je glissai cet instrument au-dessus du bouton, j'engageai sa pointe recourbée dans l'un des trous dont il était percé et j'amenai ainsi très facilement le corps étranger à l'extérieur.

Il ne faut donc pas être exclusif dans le choix des procédés pour l'extraction des corps étrangers introduits dans l'oreille. La meilleure pratique est de faire des injections, et, si on ne réussit pas, d'endormir le malade et de se servir d'un crochet, instrument

que l'on peut fabriquer instantanément en recourbant légèrement la pointe d'une longue épingle.

M. Desprès. L'observation de M. de Saint-Germain est un échec pour la méthode des injections. Mais je crois que M. de Saint-Germain a été mal aidé pendant ses tentatives d'injection, et que c'est pour cela qu'il n'a pas réussi. Il faut d'abord empêcher les mouvements de l'enfant. Pour cela, on enroule un drap autour de lui en étendant ses bras le long du corps, comme dans un maillot; puis on le place sur une table de manière à bien voir le corps étranger et à bien diriger l'injection. La seringue de nos pères est détestable pour faire cette injection, parce qu'elle porte une canule dont le bout est arrondi et trop volumineux. La seringue, qui existe dans les services d'hôpitaux, et qui a une canule effilée, est bien préférable.

Rapport

Par M. de Saint-Germain

Sur *une note relative au phimosis congénital et son traitement, et sur un procédé fort simple pour l'amputation de la verge,* par M. le Dr Demeaux, de Puy-l'Évêque.

Messieurs, le rapport que je vais vous lire au nom d'une commission composée de MM. Lannelongue, Sée et votre serviteur, sera, quels que soient les efforts que j'aie faits pour en diminuer la longueur, moins bref encore que les deux observations qui en font le sujet.

M. Demeaux, tout en constatant l'impérieuse nécessité d'opérer les gens atteints de phimosis, insiste avec chaleur sur l'intérêt qu'ont ces malades à ce que le secret de leur opération soit absolument gardé.

Aussi, pour défier les soupçons et les indiscrétions, propose-t-il un moyen simple, dit-il, facile, peu douloureux, pouvant être pratiqué dans le cabinet du chirurgien, ne faisant point perdre au malade une heure de travail (c'est toujours lui qui parle) sans qu'une goutte de sang s'écoule, sans qu'une goutte révélatrice de pus vienne plus tard donner l'éveil sur la mutilation pratiquée.

Ce moyen réellement étonnant et que l'on pourrait presque employer en voyageant, suivant la formule consacrée, n'est autre chose que la division du limbe antéro-supérieur du prépuce à l'aide d'un fil conduit par une aiguille courbe introduite par l'orifice

préputial et que l'on a fait sortir, de dedans en dehors, à travers le prépuce au niveau de la couronne du gland. Ce fil, bien entendu, est serré, *usque ad gratam constrictionem*, et l'on attend patiemment que la division se fasse. Je me hâte d'ajouter que, dans la plupart des cas, M. Demeaux, se défiant de la résistance de son fil eu égard à l'épaisseur des tissus à sectionner, applique deux anses au lieu d'une, à l'aide d'une seconde aiguille qu'il fait ressortir à mi-chemin de la première piqûre et de l'orifice préputial.

Ordinairement, dit M. Demeaux, les ligatures se détachent du 5e au 8e jour, et le résultat final ne laisse rien à désirer.

Je ne puis que féliciter notre confrère du résultat obtenu, mais je craindrais qu'entre des mains moins habiles ou moins heureuses, un semblable procédé ne donnât lieu à de graves mécomptes.

On sait, en effet, à quelles inflammations, à quelles infiltrations formidables donne parfois lieu la simple incision dorsale du prépuce, et sans vouloir faire à M. Demeaux une querelle de priorité, ne vous souvient-il pas, Messieurs, de l'aspect lamentable que revêtaient, à la suite de la ligature élastique, certains prépuces qui ont été présentés dans cette enceinte.

Sans doute, et c'est ma conviction en fait de prépuces, comme en fait de bien d'autres choses, tout finit par s'arranger ; mais il n'en est pas moins vrai que les raisons qui précèdent doivent souvent faire perdre aux opérés de M. Demeaux plus d'une heure de travail ; et je ne voudrais pas être chargé du dénombrement des gouttes de pus que doit fatalement entraîner l'application de cette méthode.

J'espérais en voyant annexée à la courte note de M. Demeaux une petite note plus courte encore, qu'il avait, comme il arrive souvent, le meilleur de sa communication dans le post-scriptum du début. Cette annexe est intitulée : *Procédé fort simple pour l'amputation de la verge.*

Je comptais trouver, je l'avoue, une nouvelle application soit de l'écrasement, soit de ligature extemporanée, soit de la galvanocaustie. Point : M. Demeaux sectionne la verge avec le bistouri ou mieux avec de forts ciseaux ; quels ciseaux, grand Dieu ! et, comme il a une certaine crainte de l'hémorragie, il a soin d'embrasser, dit-il, au préalable, la verge à l'aide d'un ruban serré au moyen d'un serre-nœud.

La section une fois opérée, dit M. Demeaux, on se trouve en présence d'un petit moignon maintenu par le serre-nœud et au milieu duquel l'urèthre et les vaisseaux deviennent très évidents et rendent la ligature de ces derniers facile.

Ce moignon, je l'avoue, m'a fait rêver. Ou il est trop long et,

dans ce cas, la constriction énergique, exercée sur sa base, a dû singulièrement en modifier la vitalité ; ou il est très court et, dans ce cas, la chute de la ligature a dû suivre immédiatement la section du pénis faite un peu plus bas.

Quelle que soit, dans tous les cas, la valeur contestable du procédé de M. Demeaux, je désirerais qu'elle fût étayée sur un certain nombre d'observations et non pas seulement sur un fait isolé, raconté d'une manière aussi succincte et aussi laconique.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer à la Société : 1° d'adresser à M. Demeaux des remerciements pour ses deux communications ;

2° De déposer lesdites observations ci-jointes aux archives.

M. Desprès. Je me joins à M. de Saint-Germain pour blâmer l'usage de la ligature dans l'opération du phimosis. Je n'ai fait qu'une seule fois la ligature chez un commis-voyageur qui voulait continuer à voyager. Je n'avais pas serré le fil. Néanmoins mon opéré souffrit beaucoup, fut obligé de se mettre au lit et de garder la chambre pendant sept jours.

Les conclusions sont mises aux voix et adoptées.

Communication.

Rétrécissement de l'intestin-grêle par adhérence des deux portions d'une anse. — Symptômes d'occlusion à la suite d'un purgatif. — Entérotomie. — Mort,

Par M. Nicaise.

Observation. — X..., âgé de 45 ans, maçon, entre le 28 septembre 1880 à l'hôpital Laënnec, salle Trousseau, n° 5, dans le service de M. Damaschino.

Ce malade a eu autrefois une hernie inguinale droite, qui s'est étranglée et a été opérée à l'hôpital Necker, en mai 1875, il y a 5 ans.

Depuis ce temps, il était fréquemment sujet à des vomissements et à de la diarrhée ; il éprouvait des coliques atroces qui se montraient brusquement dans ses courses ; il se tordait, dit sa femme. Habitudes alcooliques.

Il y a deux mois, X... remarqua que le membre inférieur gauche était plus faible que le droit et qu'il traînait la jambe en marchant; il avait aussi ressenti quelques fourmillements dans le mollet.

Depuis 20 jours environ, le malade s'est aperçu de l'existence d'un chancre au voisinage du frein, avec polyadénite inguinale double ; c'est pour cette lésion qu'il entre à l'hôpital, le 28 septembre.

Dans les premiers jours d'octobre, il eut un peu de fièvre, puis quelques troubles digestifs; il a ressenti des douleurs vers la région

inguinale droite ; l'abdomen s'est gonflé, surtout à droite. Les selles sont restées régulières, l'appétit bon.

En résumé, l'attention n'est appelée par aucun phénomène particulier dans les jours qui suivent son entrée ; X... restait levé la plus grande partie de la journée et recevait quatre portions.

Le 11 *octobre*, il fut pris de malaise et eut un vomissement assez abondant ; après une selle, il se trouva soulagé.

Le 15, les vomissements apparaissent de nouveau ; les matières rendues sont alimentaires et bilieuses.

Le 16, pas de vomissement, malaise.

Le 17, les vomissements sont abondants le matin et ont une odeur de matière intestinale ; un lavement purgatif amène une selle qui aurait été abondante ; le malade affirme avoir rendu des gaz.

L'état général est bon ; le ventre n'est ni tendu, ni douloureux à la pression. Le soir, on prescrit un purgatif à prendre le lendemain matin.

Le 18 *octobre*, le malade prend, à 6 heures du matin, 30 grammes d'huile de ricin ; à 7 heures, il a une selle ; on peut supposer que c'est le gros intestin qui se vide.

A midi, le malade est pris de nausées, de vomissements et de dyspnée. Les matières rendues sont en grande abondance (2 litres environ), verdâtres, d'odeur intestinale et constituées surtout par du liquide renfermant quelques débris alimentaires.

L'état général s'aggrave rapidement : les extrémités se refroidissent, le facies se grippe, la peau perd son élasticité, le pouls est petit et fréquent.

Le malade est transporté dans le service de chirurgie, salle Malgaigne, n° 20.

Je le vois à 6 heures du soir. Les vomissements sont arrêtés depuis quelque temps, mais l'état général a toujours été en s'aggravant, la face est grippée à un degré extrême, très froide, les lèvres et la langue sont particulièrement froides, les yeux sont enfoncés ; la peau du tronc et des membres présente encore au toucher un certain degré de chaleur ; la sensation contraste avec celle que l'on ressent en touchant la face ; la peau a perdu son élasticité ; le pouls est tellement petit que par moments, il échappe ; il n'est pas très fréquent ; la voix est éteinte, le malade se plaint de ne plus entendre et cherche constamment à déboucher ses oreilles. C'est à grand'peine que j'obtiens de lui quelques renseignements. Il demande à chaque instant à boire ; on lui donne de petits morceaux de glace.

Le malade vient d'avoir une selle que je constate être formée exclusivement par deux masses de mucus jaunâtre, concret, chacune du volume d'une noix.

Les envies d'uriner sont fréquentes. Ce n'est du reste que du ténesme, car le cathétérisme montre qu'il n'y a pas d'urine dans la vessie. La quantité d'urine a d'ailleurs considérablement diminué ; d'un litre et demi, en moyenne, elle est descendue à 800, 700 et 600 grammes les 10, 11 et 12 octobre, à 400, 700, 500 et 700 les 15, 16, 17 et 18 octobre.

Le malade est maigre. Ses muscles sont assez développés, mais la couche de tissu cellulo-graisseux sous-cutané est très mince.

L'exploration des anneaux ne donne rien. On voit la cicatrice de l'opération de hernie étranglée faite il y a 6 ans. Le malade accuse de la douleur au niveau de la partie supérieure et interne de la cuisse, vers la région obturatrice, mais il n'y a pas là le moindre soulèvement.

Je pratique le toucher rectal. Le rectum est vide; mais je sens une masse molle qui vient s'appuyer sur la partie postérieure et droite du rectum et qui cède sous le doigt.

Le ventre n'est pas ballonné; on distingue nettement les déplacements des anses intestinales; le côté droit paraît plus saillant que le gauche. La percussion donne de la matité à droite, dans toute la fosse iliaque; par deux fois, j'ai déterminé une sorte de bruit hydraulique. A gauche, on trouve de la sonorité.

Nous avons tous les signes d'une occlusion intestinale, et, étant donné le commémoratif d'une ancienne hernie étranglée, je suis porté à penser que les accidents actuels sont dus à un rétrécissement de l'intestin; c'est l'opinion que j'émets. D'un autre côté, la hernie siégeait à droite et aujourd'hui nous trouvons, de ce côté, de la matité et une douleur plus marquée que dans les autres points de l'abdomen; ceci conduisait à supposer que l'obstacle siégeait dans cette région et que si, au lieu d'un rétrécissement, il y avait quelque bride formée après l'opération de la hernie, c'était en ce point qu'on la rencontrerait.

Telles sont les diverses suppositions que j'ai faites.

Le malade était tellement déprimé que j'hésitai un moment à l'opérer; mais, la mort étant certaine sans l'opération, il fallait néanmoins intervenir.

Devais-je faire la laparotomie sur la ligne blanche ou l'opération de Nélaton. Croyant plutôt à un rétrécissement ancien, ce qui me conduisait à l'entérotomie, je me décidai pour l'opération de Nélaton, me disant que si je rencontrais une bride et si je pouvais l'inciser, je ferais ensuite la suture de la plaie abdominale.

Opération. — On fait faire au malade quelques inhalations de chloroforme avec beaucoup de prudence. Un vomissement abondant survient. La sensibilité était d'ailleurs très émoussée.

Je fais, au-dessus de l'arcade crurale droite, l'incision de Nélaton. Après l'incision du péritoine, une anse d'intestin volumineux à surface régulière, lisse, présentant des stries longitudinales, se montre entre les lèvres de la plaie. Cette anse d'intestin est remplie de matières et ses parois sont très épaisses.

Avec deux doigts introduits dans l'abdomen, j'explore la fosse iliaque et je sens le cœcum rétracté et remonté; en dedans, j'arrive sur les anneaux, sur l'orifice interne du canal obturateur et jusque sur la vessie sans rien rencontrer; en introduisant les doigts entre les anses intestinales, je n'avais pas d'autre sensation qu'une sensation de mollesse; je sentais du mou partout.

Je suivis un peu l'anse qui se présentait à la plaie et je constatai

qu'elle s'enfonçait dans le bassin; j'essayai de la tirer au dehors, mais cela fut impossible.

Ces recherches furent faites aussi rapidement que possible, et je suivis pendant toute l'opération les règles de la méthode antiseptique.

Ne trouvant rien, je fis l'entérotomie sur l'anse qui se présentait à la plaie ; je suturai l'intestin et je l'ouvris ensuite. Il s'écoula des flots de liquide aqueux, sale, jaunâtre, ayant à peine l'odeur intestinale ; il entraînait quelques matières alimentaires non digérées, des pellicules de raisins et de haricots. Une éponge phéniquée est placée sur la plaie. Le malade est enveloppé de linges chauds et reporté dans son lit.

On lui fait une injection sous-cutanée de 1 gramme 1/2 d'éther, puis quelque temps après, une injection d'un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine.

9 heures du soir. — Seconde injection d'un demi-centigramme de morphine. Le pouls est plus fort, la peau plus chaude.

A 11 heures 1/2, troisième injection de morphine. Dans le reste de la nuit, deux quarts de lavement avec chacun 5 gouttes de laudanum. Pendant la nuit, ni vomissement, ni selle, ni miction. Le malade a sommeillé à plusieurs reprises.

19 octobre. L'état général est très mauvais, les extrémités sont froides; il s'est écoulé peu de matières par l'anus artificiel. J'injecte de l'eau tiède dans les deux bouts de l'intestin ; l'injection ramène du bout inférieur des grains de raisin, des péricarpes de haricots, des masses de tissu tendineux. Une injection sous-cutanée d'éther est faite. La mort arrive à 10 heures du matin.

Autopsie. — 24 heures après la mort. Pas de traces de péritonite, pas d'épanchement dans le péritoine.

L'épiploon adhère par un prolongement graisseux à la face profonde de la cicatrice de l'opération de la hernie étranglée et forme une sorte de bride très lâche, qui passe en avant des intestins et ne gêne pas leurs déplacements.

Le sac de la hernie ancienne a complètement disparu et il n'y a pas à ce niveau la moindre dépression du péritoine. Il est probable qu'au moment de l'opération, le sac a été excisé; le résultat obtenu est donc parfait.

Le foie est petit, granuleux ; les reins sont normaux.

En examinant les anses intestinales, on trouve en un point un rétrécissement considérable. L'intestin grêle est détaché du mésentère. Le rétrécissement siège à 3m,10 du pylore.

Au niveau du rétrécissement l'intestin présente une disposition qui rappelle assez exactement l'union de l'intestin grêle avec le cœcum. Le bout inférieur représente l'intestin grêle, et le bout supérieur le cœcum.

Ce bout supérieur présente, au-dessus du rétrécissement, une ampoule qui mesure plus de 6 centimètres de diamètre transversal et 9 centimètres de longueur. Au-dessus, l'intestin grêle présente des dimensions beaucoup supérieures à la normale ; son diamètre est de 4 centimètres et ses parois, très épaissies, ont de 2 à 3 millimètres

d'épaisseur; l'épaississement porte sur les trois tuniques séreuse, musculeuse, muqueuse. La muqueuse de l'ampoule et du bout supérieur ne présente ni inflammation, ni ulcération.

L'ampoule communique avec le bout inférieur par un orifice qui est situé, non pas au niveau du point où ce bout inférieur vient rencontrer l'ampoule, mais sur la paroi même de celle-ci. En effet, en examinant la pièce, on reconnaît que le bout inférieur se prolonge sur la surface de l'ampoule, à laquelle il est intimement adhérent, et qu'il forme à la surface de celle-ci une petite anse dont les deux parties sont adhérentes entre elles, en même temps qu'à l'ampoule. Il en résulte que les matières intestinales devaient décrire un trajet en S pour passer du bout supérieur dans l'inférieur. L'orifice, qui fait communiquer l'ampoule avec le bout inférieur, est étroit et reçoit à peine l'extrémité du doigt; il n'y a en ce point ni rétrécissement cicatriciel, ni hypertrophie annulaire des parois.

Le bout inférieur de l'intestin grêle est retréci; son diamètre n'atteint pas 2 centimètres; ses parois sont amincies; il en est de même du cœcum et du colon. Le gros intestin est vide.

L'incision faite à l'intestin grêle, pour l'établissement de l'anus artificiel, était située à 20 centimètres au-dessus de l'ampoule.

Contenu de l'ampoule. Ce contenu est assez curieux. Il était formé par une grande quantité de grains et de pépins de raisin, de péricarpes de gros haricots, de masses volumineuses constituées par des débris de tendons, du tissu fibreux et élastique, ainsi que le microscope l'a démontré. Il y avait encore sept noyaux de prunes, six os de pieds de mouton et une vertèbre cervicale de poulet. Tous ces corps formaient une masse qui emplissait l'ampoule, et à travers laquelle les produits de la digestion filtraient déjà depuis quelque temps sans doute. Nous verrons tout à l'heure quelle a pu être l'action du purgatif sur ces masses, et le rôle qu'il a joué dans le développement des phénomènes d'étranglement.

Cette observation peut être l'objet de quelques remarques :

Signes du rétrécissement. — L'examen des symptômes montre quels ils peuvent être chez un malade atteint de *rétrécissement de l'intestin grêle.* Notre malade éprouvait par moments du malaise, des coliques atroces, des vomissements, de la diarrhée ; ce qui frappe dans ces cas, c'est l'intermittence des symptômes et la rémittence qu'ils présentent dans une même période de malaise intestinal, et cela probablement selon que l'orifice du rétrécissement se bouche ou se débouche, laissant passer quelques matières et quelques gaz.

Entérotomie. — A propos de l'entérotomie, je dirai seulement qu'il y aurait peut-être avantage à employer des aiguilles coniques et des fils de soie de Chine ou de catgut. Les aiguilles ordinaires, tranchantes sur leurs bords, font à l'intestin une plaie souvent plus large que le fil qu'elles entraînent ; il en résulte que les matières,

qui distendent l'anse intestinale, peuvent s'échapper en gouttelettes qui glissent sur la séreuse avant que la suture soit achevée. J'ai éprouvé ceci dans mon opération : deux piqûres ont donné des gouttelettes, j'ai dû les comprimer avec un petit morceau d'éponge monté sur une pince. L'aiguille conique ne fait pas d'incision à l'intestin et permet le retrait du tissu après son passage.

Quant au choix du fil, je crois qu'il faut préférer la soie de Chine ou le catgut au fil d'argent, qui forme une sorte de couronne de pointes autour de la plaie et gêne l'exploration et les lavages.

Mode de formation du rétrécissement. — D'après les commémoratifs, il est probable que chez notre malade le rétrécissement a eu pour point de départ la hernie inguinale. Nous manquons de renseignements sur ce qu'a été cette hernie ; nous ne savons si, lorsqu'elle s'est étranglée, il s'agissait d'une hernie ancienne ou d'une hernie récente. A-t-on réduit une anse d'intestin dont les deux parties étaient accollées ensemble, c'est possible ; on peut le supposer d'après l'examen de la pièce.

En effet, il y a bien véritablement une anse intestinale dont les deux parties sont soudées ensemble ; dont l'une, appartenant au bout supérieur, s'est dilatée, tandis que l'autre conservait son calibre et même diminuait. Le point rétréci se trouve au niveau du coude formé par l'union des deux parties de l'anse, au niveau du sommet de l'anse. En ce point, la circulation des matières intestinales était gênée; le bout supérieur, dans lequel les matières s'accumulaient, faisait effort pour franchir cet obstacle; la conséquence de cette distension et de ces efforts répétés fut la dilatation du bout supérieur et l'hypertrophie de ses tuniques. La disproportion entre les bouts supérieur et inférieur devenait plus considérable, et le cours des matières plus difficile.

Cette variété de rétrécissement intestinal diffère de celle qu'on observe généralement à la suite de la hernie étranglée; dans ce cas le rétrécissement siège à l'une des extrémités de l'anse, et non au sommet, comme chez notre malade.

L'obstacle siégeait à 310 centimètres du pylore ; la nutrition du malade paraissait suffisante; le corps était maigre et sans graisse, mais les muscles étaient assez développés.

De l'influence du purgatif dans le développement des accidents. — Notre malade vivait donc depuis six ans avec un rétrécissement de l'intestin grêle. Comme les matières alimentaires restent liquides dans leur trajet rapide à travers l'intestin grêle, l'inconvénient du rétrécissement pouvait être combattu par le surcroît d'action du bout supérieur, à la condition, toutefois, que

des matières non digestibles n'aient pas été absorbées. Celles-ci pouvaient venir fermer, comme un bouchon, le point rétréci.

Comme l'autopsie nous l'a montré, le malade avait avalé un certain nombre de ces matières non digestibles, des noyaux, des os ; peut-être existaient-ils depuis longtemps dans l'intestin, laissant filtrer entre eux les matières alimentaires digérées et fluides.

C'est dans ces conditions, ayant présenté des rémittences très nettes dans les symptômes, quand rien ne faisait prévoir ce qui allait arriver, qu'un purgatif est prescrit au malade dans le but de faire disparaître les troubles intestinaux qu'il présentait depuis quelques jours. Le purgatif est pris à 6 heures du matin, une selle a lieu à 7 heures, puis toute évacuation anale cesse, et à midi se montrent rapidement des phénomènes graves d'occlusion intestinale. Sous l'influence du purgatif, le bout supérieur s'est rempli du liquide séreux qui s'est écoulé lors de l'entérotomie, en même temps que les contractions péristaltiques étaient accrues d'énergie et accélérées.

N'est-il pas possible d'expliquer par ces conditions le développement si rapide des accidents ? Sous l'influence des mouvements péristaltiques, les débris alimentaires sont venus s'accumuler dans l'ampoule, car ils y étaient lors de l'entérotomie, faite à 20 centimètres au-dessus du rétrécissement. Ils empêchaient ainsi le passage des liquides dans le bout inférieur. En outre, le bout supérieur distendu est tombé dans le bassin, où nous l'avons trouvé, entraînant en bas le bout inférieur.

Je ferai remarquer, de plus, que le bout inférieur était appliqué sur l'ampoule et que celle-ci, par sa distension, le comprimait, comme la vessie distendue comprime l'embouchure de l'uretère.

Ainsi donc, l'on peut considérer le purgatif comme étant la cause des accidents observés chez notre malade.

J'ai insisté sur ce fait, parce qu'avec d'autres chirurgiens je crois que souvent les purgatifs sont très dangereux, très nuisibles dans la hernie étranglée et dans l'étranglement interne ; ils ajoutent leur action à celle que déjà la lésion intestinale exerce sur le grand sympathique ; ils aggravent les accidents, à la fois, par leur action mécanique et par leur action sur le système nerveux, et rendent souvent vaine l'intervention du chirurgien.

Il m'a semblé que, dans le fait que je viens de rapporter, le purgatif était pris en flagrant délit, et j'ai voulu profiter de l'occasion pour montrer ses dangers.

Discussion.

M. Sée. Quelle est la cause qui a empêché M. Nicaise d'attirer les anses intestinales à l'extérieur, et de voir s'il n'y avait pas lieu d'intervenir plus activement? Y avait-il des adhérences qui retenaient l'intestin? L'entérotomie donne habituellement des insuccès; tandis qu'il y a actuellement un grand nombre de guérisons après la résection de l'intestin et la réduction de celui-ci dans le ventre.

M. Terrier. L'observation de M. Nicaise est très intéressante au point de vue de la symptomatologie, car avec des phénomènes d'étranglement interne aigu, le malade rendait des selles, probablement parce que l'obstacle était situé très près de l'estomac.

Je ne ferai pas à M. Nicaise le même reproche que M. Sée. Ou bien il fallait faire la laparotomie avec ou sans résection de l'intestin, ou bien il fallait suivre la conduite adoptée par M. Nicaise. M. Nicaise n'a eu pour but que de rétablir le cours des matières, et alors il s'est borné à faire l'entérotomie. S'il avait voulu lever l'obstacle de l'intestin, il aurait fait la laparotomie. Quant à la résection de l'intestin, c'est une idée qui ne me serait pas venue dans ce cas particulier. D'ailleurs, les observations de résection de l'intestin sont moins nombreuses que M. Sée ne semble le croire.

M. Berger. Le fait de M. Nicaise est indubitablement un rétrécissement de l'intestin consécutif à une hernie étranglée. Il est même étonnant qu'on ne rencontre pas plus souvent ces rétrécissements à la suite de l'étranglement d'une hernie.

Le rétrécissement de l'intestin tient tantôt à une contraction des fibres circulaires, tantôt à une sorte d'anneau fibreux rapidement constitué. M. Trélat a trouvé que des adhérences réunissaient l'anse intestinale dans une position si vicieuse qu'il était impossible que les matières puissent passer du bout supérieur dans l'inférieur. L'obstacle paraissait résulter de la coudure de l'anse, de manière à ce qu'il existât à l'intérieur une véritable valvule. En pareil cas, on comprend parfaitement l'influence nuisible d'un purgatif. Néanmoins, dans le cas de M. Nicaise, les phénomènes de l'étranglement se sont produits si peu de temps après l'ingestion du purgatif, que les phénomènes nerveux paraissent avoir été prédominants.

M. Sée. M. Terrier a dit avec raison que les faits de résection de l'intestin se comptent. Cependant ces faits sont assez nombreux pour que les chirurgiens soient autorisés actuellement à pratiquer cette opération. Je n'ai pas voulu critiquer l'opération de M. Ni-

caise; néanmoins, je crois que si M. Terrier s'était trouvé dans des circonstances analogues, il aurait agi autrement que M. Nicaise. Je crois qu'il aurait fait la laparotomie et qu'il aurait insisté pour découvrir la cause de l'obstruction et ensuite pour l'enlever.

Bien que le rétrécissement de l'intestin fût ancien, le malade n'en éprouvait aucun inconvénient. Ce n'est qu'après avoir avalé des corps étrangers et après l'administration d'un purgatif que les accidents se sont produits. Je pense, comme M. Nicaise, que ce purgatif a été la cause déterminante de l'obstruction.

M. Nicaise. En me décidant à l'opération, je pensais à un rétrécissement ancien, remontant à l'époque de la hernie étranglée; c'est pourquoi je fis l'incision de Nélaton, dans l'intention de pratiquer ensuite l'entérotomie.

La pratique doit varier, je crois, selon qu'il s'agit d'un rétrécissement ancien ou d'un rétrécissement récent. Dans ce dernier, que l'on peut rencontrer en pratiquant la kélotomie, il n'y a pas disproportion entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin, aussi a-t-on pu réséquer la portion rétrécie et suturer les deux bouts. L'entérectomie dans ces cas est possible ; M. Kocher, de Berne, en a publié cette année deux observations; dans un voyage que je fis dernièrement en Suisse, je visitai plusieurs hôpitaux et, à l'hôpital de Bienne, je vis, dans le service de M. le Dr Neuhauss, un malade auquel il avait réséqué une portion de l'intestin étranglé dans une hernie inguinale; le résultat a été excellent.

Dans les rétrécissements anciens, il y a une disproportion de calibre entre les deux bouts, telle qu'on ne peut songer à les suturer ensemble. On est donc obligé de se contenter de l'entérotomie.

Ce sont ces idées qui m'ont guidé, et j'ai fait mon incision dans la fosse iliaque et non sur la ligne blanche, ne sachant pas ce que vaudrait un anus artificiel sur la ligne blanche, si j'étais obligé de l'établir, comme je le supposais.

En ce moment, avec la pièce pathologique sous les yeux, on peut se demander s'il n'aurait pas été possible de pratiquer une opération curative au lieu d'une opération palliative.

Garengeot conseillait de couper l'intestin en travers et de dilater progressivement la portion rétrécie; mais ceci n'est qu'une citation historique.

Chez mon malade, il y avait accolement des deux portions d'une anse; l'intestin était rétréci au niveau du coude de l'anse, et de plus, le bout supérieur dilaté en ampoule comprimait la portion adhérente du bout inférieur. Étant donné ceci, il semble que l'on

eût pu faire une opération curative en fixant l'ampoule à la paroi abdominale, en l'incisant près du rétrécissement, puis en plaçant les jours suivants l'entérotome de Dupuytren sur l'éperon formé par l'adhérence des deux portions de l'anse. Le bout inférieur se serait dilaté peu à peu par le passage successif des matières.

Présentation de malades

par M. Le Dentu.

Luxation simultanée des deux genoux. Tiraillement du nerf sciatique droit; douleurs névralgiques, troubles trophiques et paralysie incomplète (Observation recueillie par M. Gauchas, interne du service).

Observation. — Le nommé Bostogne, menuisier, âgé de 27 ans, est amené à l'hôpital le 11 mars au soir pour un grave traumatisme des membres inférieurs. Voici les renseignements qu'il fournit.

En voulant dérouler une courroie de transmission il fut saisi par le poignet droit, enlevé du sol à la hauteur de deux mètres, et entraîné par le mouvement de la machine, il fit avec une rapidité vertigineuse une dizaine de tours. Entre la poulie sur laquelle s'enroulait la courroie et le plafond il n'y avait qu'un étroit espace où le corps dut être replié sur lui-même pour passer. Deux poutres fixées au plafond par de gros boulons limitaient cet espace. La courroie faisait 60 tours par minute. Dès les premiers tours il entendit un craquement dans une de ses jambes : celles-ci, en effet, venaient buter contre le plafond et durent pour passer se renverser dans une extension forcée. Bientôt la tête porta sur un des écrous, et il se fit une large plaie. On transporta immédiatement le blessé à l'hôpital. Voici son état à l'entrée :

Il est pâle, le pouls est petit, il y a un certain degré d'excitation; le moindre mouvement arrache des cris. Les deux genoux sont déformés : *à gauche* il est facile de voir qu'il s'agit d'une luxation incomplète du tibia *en arrière :* le membre est dans l'extension complète; le diamètre antéro-psotérieur du genou est très augmenté; les condyles fémoraux font une forte saillie en avant; sur eux est appliquée la rotule dont la direction est oblique en bas et en arrière ; dans le creux poplité on sent nettement le plateau articulaire du tibia. Cependant les surfaces articulaires ne semblent pas s'être abandonnées, ce que démontrent, d'une part, la facilité avec laquelle une légère traction les remit en place, et d'autre part, le peu de désordre du côté de l'articulation.

A *droite* le traumatisme est beaucoup plus considérable : le gonflement du genou est énorme; il y a un épanchement sanguin remontant assez haut vers la cuisse ; *la jambe est demi-fléchie* et *dans la rotation en dehors*, le pied reposant sur son bord externe. Le raccourcissement du membre est notable. Les mouvements sont extrêmement douloureux;

on ne peut parvenir à ramener le pied dans sa position normale; le diagnostic reste hésitant entre une fracture des condyles et une luxation du genou en avant.

Le 12, à la visite du matin, le malade étant anesthésié par le chloroforme, M. Le Dentu reconnaît l'existence d'une luxation du genou en avant avec une rotation du tibia ; en dehors le bord tranchant du plateau articulaire du tibia fait, en avant et en dehors, une saillie considérable ; la position de la rotule est plus difficile à déterminer à cause du gonflement.

Le creux du jarret a disparu, les condyles du fémur et en particulier le condyle interne soulèvent fortement les téguments. Les mouvements latéraux sont très étendus ; le mouvement d'extension peut être porté jusqu'à la flexion en avant. Il n'y a pas de fracture. La réduction est opérée sans trop de difficultés. Le déplacement ne se reproduit pas une fois le membre abandonné à lui-même, mais il est certain que le plus grand nombre des ligaments sont rompus.

Les deux membres sont placés dans une gouttière.

Le 15, survint un peu de fièvre ; la plaie de la tête suppure, elle est sans gravité ; la fièvre tombe vers le 25.

Le 26, les membres sont retirés de la gouttière : à gauche le gonflement du genou a presque disparu, la douleur dans les mouvements de flexion et d'extension est nulle; il existe des mouvements assez marqués de latéralité. Aucun trouble ni de la motilité ni de la sensibilité.

A droite, épanchement encore considérable, large ecchymose occupant toute la partie postérieure externe de la cuisse et remontant jusqu'à la hanche. Mouvements latéraux très étendus. Sensibilité assez obtuse de toute la jambe. Le malade peut remuer le pied et les orteils, mais ces mouvements sont très douloureux.

Le 30 mars, le malade se plaignant de vives douleurs dans les deux jambes, on s'aperçoit de la présence de deux eschares : l'une au mollet gauche, de la grandeur d'une pièce de 2 francs, superficielle ; l'autre à droite, au niveau du tendon d'Achille, un peu moins étendue. Pansement à l'eau alcoolisée. On évita toute compression sur les parties malades ; malgré ces précautions, tandis que l'eschare de la jambe gauche guérit rapidement, l'ulcération de la jambe droite s'agrandit ; le tendon d'Achille fut mis à nu et se mortifia dans une certaine épaisseur.

Bientôt les douleurs devinrent très intenses dans la jambe droite ; elles avaient le caractère de névralgies; c'était une sensation d'engourdissement pénible avec des élancements occupant surtout le pied, parcourant parfois toute la jambe ; revenant surtout la nuit, elles empêchaient le sommeil et persistèrent jusqu'au 15 avril, malgré l'administration de l'opium et du chloral à dose assez forte.

Le 21 avril, elles reparurent avec la même intensité et les mêmes caractères.

Le 24, deuxième eschare à la plante du pied au niveau de la tête du premier métatarsien. Cette nouvelle eschare ne pouvait être attri-

buée à la pression, il s'agissait bien évidemment d'un trouble trophique.

De plus la sensibilité, déjà un peu altérée antérieurement, était maintenant tout à fait abolie; on pouvait toucher, pincer, piquer profondément le malade dans toute l'étendue de la jambe droite, excepté dans le département du saphène interne, sans déterminer aucune sensation. Le gros orteil était aussi insensible à sa partie interne. La sensibilité apparaissait au niveau du premier métatarsien et sur le bord interne du pied; là elle était absolument normale.

Ces troubles du côté de la sensibilité et du côté de la nutrition indiquaient nettement que les nerfs sciatiques poplités avaient été fortement tiraillés; de ce côté, en effet, les condyles étaient venus fortement presser sur le paquet vasculo-nerveux; l'artère avait résisté, mais les nerfs avaient été lésés; la paralysie du mouvement et l'atrophie, qui survinrent plus tard, démontrèrent l'existence d'une névrite.

Le 28, les douleurs disparurent définitivement, en même temps les eschares marchaient vers la guérison.

On appliqua des appareils silicatés aux deux membres; le malade les garda jusqu'à sa sortie, le 19 juin.

Dans les premiers jours d'octobre, le malade étant revenu à la visite, on nota une atrophie considérable de la jambe droite; les mouvements du pied sont presque nuls, ceux des orteils également, de plus il existe une certaine raideur de l'articulation tibio-tarsienne.

Vers le 25 octobre, le mouvement est revenu plus étendu dans les orteils, sous l'influence de l'électricité; l'atrophie n'a pas fait de progrès; le malade marche à l'aide d'une canne, mais en boitant. Néanmoins le jeu des deux articulations est tout à fait normal et les ligaments semblent s'être cicatrisés complètement. La claudication est due exclusivement à l'atrophie des muscles et à la présence, au côté externe de la plante du pied droit, d'une des trois ulcérations développées sur ce pied et au talon.

M. Berger. J'observe actuellement, dans le service de M. Gosselin, un garçon qui s'est fracturé l'extrémité supérieure du péroné, et qui a une paralysie du nerf sciatique poplité externe, et surtout du nerf tibial antérieur. Je ne crois pas que, dans ce cas, il y ait eu un tiraillement du nerf sciatique, car la fracture a eu lieu par un choc direct. Le nerf a probablement été lésé par les fragments de l'os, qui n'est pas encore consolidé. Chez ce malade il n'est survenu aucun trouble trophique.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

Polaillon.

Séance du 3 novembre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Les *Archives de médecine*. — La *Revue mensuelle de laryngologie, d'otologie et de rhinologie*. —Le *Lyon médical*. —Le *Bulletin médical du Nord*. — La *Revue médicale*. — Le *Bulletin général de thérapeutique* ;

3° Le *British medical*. — La *Gazette médicale italienne-lombarde*.

4° Note sur la *Compression élastique appliquée au traitement des anévrismes artériels*, par M. Poinsot, membre correspondant (sera lue dans une prochaine séance).

5° M. Verneuil présente à la Société, de la part de M. le Dr Reclus, la notice qu'il a écrite sur notre regretté collègue, Paul Broca.

6° Un mémoire pour le prix Laborie, intitulé : *Recherches sur l'épithélioma calsifié des glandes sébacées*. — Épigraphe : « Patience et longueur de temps. »

A l'occasion du procès-verbal.

Traitement des occlusions intestinales (*Suite de la Discussion*).

M. Trélat. La communication de M. Nicaise, que j'ai écoutée avec un vif intérêt, m'engage à vous rapporter un fait que j'ai eu l'occasion d'observer récemment et qui se rattache à cette question si intéressante, si difficile, du traitement des occlusions intestinales. Voici ce fait :

Observation. — Le samedi 23 octobre dernier (1880), je fus appelé, par le Dr Curie, près d'un malade présentant des accidents d'obstruction intestinale.

C'était un homme de 35 ans, de constitution moyenne. Il y a dix ans, à la suite de la guerre, il avait été atteint de coxalgie rhumatismale

droite, complètement guérie depuis longtemps, mais avec perte à peu près absolue des mouvements articulaires. Il y a quatre ans, il éprouva une constipation rebelle avec douleurs vives et tension abdominale ; la mère et la sœur du malade disent qu'il eut des vomissements brunâtres d'apparence fécaloïde ; lui, affirme que ses vomissements étaient verdâtres, mais il ne nie aucun des accidents qui les accompagnaient. Cette crise se dénoua spontanément par le retour des selles et la santé resta régulière jusqu'à ces derniers jours.

Le dimanche 17, dans la soirée, il fut pris de douleurs abdominales si vives, qu'il réclama immédiatement les secours du Dr Curie. Des frictions calmantes sur l'abdomen et un lavement semblèrent avoir raison de cette violente attaque. La journée du lundi fut calme. Le mardi le malade prit avec plaisir du potage et du poulet ; il rendit par l'anus quelques gaz et de petites quantités de liquide grisâtre. Le mercredi et le jeudi même bon état, lorsque le jeudi soir la douleur et la tension abdominale reparurent. La douleur continue offrait des exacerbations marquées pendant lesquelles le patient se levait et soutenait son ventre de ses deux mains. Cet état persiste le vendredi et la nuit du vendredi au samedi. C'est alors que je vois le malade vers 11 heures du matin.

Depuis le jeudi, il n'y avait eu aucune émission par l'anus ; le cours des urines était normal ; il y avait eu deux vomissements, dont le dernier fort abondant était d'un gris brunâtre et d'odeur aigre. Le ventre était météorisé dans toute son étendue, sans tension excessive. La douleur prédominait dans les deux côtés de l'hypogastre ; au début, elle avait été beaucoup plus marquée à droite ; mais elle était devenue uniforme dans toute la région. Température normale ; pouls à 68. Langue blanche.

Le toucher rectal ne permettait d'atteindre, ni de percevoir aucun obstacle. Le palper abdominal était négatif. La percussion révélait une sonorité étendue à toute la cavité abdominale. Cependant, après examen attentif, je pus établir que l'intestin grêle était sonore, que le cœcum l'était aussi, et je pus suivre la sonorité du colon ascendant, du colon transverse, de son coude et du commencement du colon descendant. Il me sembla que la sonorité était moins nette, moins absolue, dans la fosse iliaque gauche.

Tenant compte de l'attaque antérieure, de la marche lente et un peu irrégulière de l'accident présent, de l'apparition tardive et du peu d'abondance des vomissements, de l'étendue de la sonorité intestinale et de la détermination de son siège, je pensai que nous devions être en présence d'un rétrécissement néoplasique du gros intestin ; mais que ce diagnostic demandait à être confirmé, d'autant mieux que rien n'imposait encore la nécessité d'une action immédiate.

Sur ma demande, mon ami le professeur Potain, voulut bien se joindre à nous le même soir, à 9 heures.

Contre mon opinion, M. Potain fit valoir à juste titre qu'un néoplasme, qui aurait déterminé une obstruction temporaire quatre ans auparavant, aurait dû progresser, causer quelque crise nouvelle, tandis

qu'il y avait eu une accalmie complète. Aussi pour expliquer la lenteur de la marche, songeait-il plutôt à une invagination siégeant vers la fin de l'intestin grêle, dans la fosse iliaque droite, là ou le malade avait éprouvé une vive douleur au début. A cette opinion, j'opposai le siège et l'étendue de la sonorité. Chacune de nos objections était bonne et chacune de nos opinions était mauvaise. Nous aurions dû conclure que ce n'était ni un cancer, ni une invagination.

Nous restâmes dans le doute sur la véritable nature de l'obstacle, mais il fut convenu que si les accidents ne cédaient pas aux injections forcées et à l'électricité, il y aurait lieu de pratiquer une opération et que celle-ci serait la laparotomie.

Le samedi soir et le dimanche matin on fit des injections forcées ; jamais on ne put dépasser deux litres à deux litres et demi. Dans la journée du dimanche on essaya l'électricité, le tout sans aucun succès. Le lundi matin nous opérions le malade avec l'assistance du Dr Curie et de mes collègues et amis, MM. Terrier et Monod.

Anesthésie, précautions antiseptiques, incision de la paroi abdominale jusqu'un peu au-dessus de l'ombilic qui est contourné à gauche. Le péritoine ouvert, un intestin volumineux se présente ; il est ponctionné avec un fin trocart. Des gaz et un peu de liquide limpide s'échappent par la canule. Cette ponction fut répétée deux autres fois au cours de l'opération et donna le même résultat. Elle portait sur le gros intestin qui devint flasque et cessa de gêner les manœuvres.

La main introduite dans la cavité péritonéale parcourt le petit bassin, l'une et l'autre fosse iliaque, le grand bassin ; le doigt est porté sur les orifices des trous obturateurs. Nous ne trouvons ni tumeurs, ni brides, ni hernies. A une nouvelle exploration, je reconnais le cœcum largement distendu ; ma main remonte le long du colon ascendant, passe sous le foie en le contournant, parcourt le colon transverse, commence à redescendre le long du colon descendant et, après quelques tâtonnements, constate que l'S iliaque passe par-dessus le mésentère et après l'avoir franchi plonge dans un large orifice admettant le bout de quatre doigts et ouvert sur la face droite du mésentère. Je prie M. Terrier de constater cette disposition qui lui paraît incontestable. Nous retirons facilement de cette cavité, l'anse de l'S iliaque qui s'y est tordue, ou coudée, et nous pouvons alors promener le doigt autour de l'orifice anormal, parcourir ses bords lisses, arrondis, et soupçonner que cet hiatus est congénital et que la crise de 1876 était causée par un engagement non persistant de l'intestin à travers cette ouverture.

A ce moment de l'opération, M. Terrier, qui a la main droite dans l'abdomen, peut suivre l'S iliaque jusqu'au rectum, descendre le long de ce dernier et sentir à travers la paroi intestinale l'index de sa main gauche introduit dans l'anus. Cet index revient chargé de matières demi-liquides, grises et odorantes, dont une certaine quantité s'échappe aussitôt sur les draps.

L'opération avait atteint son but. Nous fîmes rapidement la suture de la plaie et le pansement. Pendant les manœuvres, nous n'avions

trouvé, en aucun point de l'abdomen, ni liquide, ni sécrétions poisseuses, ni fausses membranes. Seulement un peu de congestion vasculaire et une coloration légèrement violacée. Si peu que ce fût, c'était trop.

Les vingt-quatre premières heures furent très satisfaisantes ; des gaz et des matières liquides s'échappèrent par l'anus ; le malade était calme, soulagé ; il prenait du vin de Champagne, un peu de grog ; il ne vomit pas. Mais dans la journée du mardi, il y eut de l'agitation ; la température s'éleva à 39°, le soir à 39,8 ; le pouls était à 140. La péritonite emporta notre opéré qui succombait le mercredi matin, 46 heures après l'opération.

Nous n'avons pas pu faire l'autopsie. J'espère que les détails précis dans lesquels je suis entré, et qui ont été reconnus par moi et confirmés par M. Terrier, y suppléeront dans une certaine mesure.

Il ne s'agissait donc pas d'un néoplasme, pas plus que d'une compression, d'un rétrécissement, d'une bride ou d'une invagination. Nous avions affaire à une disposition particulière du mésentère, que M. Terrier a considérée comme congénitale, et qui nous donne l'explication de la crise arrivant il y a quatre ans, se dénouant par la disparition des symptômes et se reproduisant dans ces derniers temps.

Il y aurait eu, dans ce cas, un avantage incontestable à agir plus vite. C'est un malheur que l'opération ait été différée, par des circonstances indépendantes de ma volonté, jusqu'au lundi matin. Si l'opération avait eu lieu lorsqu'il n'y avait aucune trace de fièvre ni de péritonite, le malade aurait pu être sauvé.

Je reçois un matin, à l'hôpital de la Charité, un jeune homme de 24 ans atteint d'un étranglement interne manifeste, à marche rapide et inexorable. Le ventre était peu ballonné; les vomissements avaient été précoces; il y avait de l'algidité. Cet homme que nous opérâmes le lendemain de son entrée, avait aussi été opéré trop tard, en pleine péritonite, et il mourut. Il avait un étranglement très serré au niveau de la paroi abdominale antérieure.

Voilà donc deux faits, qui me sont personnels, et dans lesquels l'opération a été faite trop tardivement.

D'une manière générale, nous tardons trop à faire ces sortes d'opérations.

Nous nous trouvons ordinairement en présence de deux ordres de cas : les uns ont une marche lente et se traduisent par des accidents incertains ; dans ces cas, les malades restent dix, quinze, vingt, trente jours avant de mourir ou d'être opérés. Ces cas sont assez nombreux. Ils ont pour caractère de ne présenter ni fièvre, ni élévation de température, ni arrêt absolu du cours des matières fécales. Je les laisse de côté. Les autres ont une marche aiguë, tout à fait identique à celle des étranglements herniaires rapides.

On a beaucoup discuté sur les caractères des vomissements, alimentaires, muqueux, bilieux ou fécaloïdes; c'est là une question oiseuse. Nous savons aujourd'hui que le vomissement dans l'étranglement herniaire n'est pas un phénomène d'obstruction, mais un phénomène d'origine réflexe à la suite du pincement des nerfs de l'intestin. Il faut toujours s'informer si les vomissements ont été précoces ou tardifs: s'ils sont précoces, l'intestin est très serré; s'ils sont tardifs, l'étranglement n'est pas serré.

Il faudrait bien connaître cet ordre de phénomènes, parce que tout individu qui, sans hernie extérieure, offre des symptômes d'étranglement interne, doit être opéré sur-le-champ par la laparotomie, que j'appellerai extemporanée, comme l'on opère sur-le-champ un malade qui porte une hernie étranglée.

Dans quelques cas, analogues à celui que nous avons observé, les phénomènes sont moins violents. Il n'y a pas de vomissements précoces; mais il y a du météorisme et une absence complète d'émission de matières et de gaz par l'anus. Dans ces cas, il faut aussi faire l'opération de bonne heure.

Le diagnostic du siège de l'obstacle est aussi une donnée extrêmement importante. M. Berger se rappelle sans doute le fait suivant, observé à la Charité, dans le service de M. Hardy. Il s'agissait d'un homme, de 48 ans, qui avait une obstruction complète du cours des matières intestinales. J'examinai ce malade et je formulai l'avis de faire la colotomie lombaire. J'avais, en effet, constaté que le cœcum, le colon ascendant, le colon transverse et le colon descendant étaient distendus par des gaz; d'autre part, le rectum était libre. L'obstacle était donc inévitablement compris entre cet organe et le colon descendant. Je diagnostiquai un cancer de l'S iliaque. Mon avis ne fut pas partagé. M. Gosselin et M. Berger firent la laparotomie. Ils trouvèrent une tumeur de l'S iliaque, tumeur qu'ils ne purent amener au dehors, et ils furent réduits à faire un anus artificiel dans le pli de l'aîne.

Il y a un signe très important pour le diagnostic du siège de l'obstacle, c'est de déterminer par la percussion si le gros intestin est ou n'est pas dilaté. Voici ce que j'emprunte à une statistique anglaise portant sur 600 cas d'étranglement interne: pour 100 cas d'invagination on en trouve 44 à la valvule iléo-cœcale, 18 au colon ascendant, 8 au colon descendant, 30 à l'intestin grêle. Par conséquent l'immense majorité des invaginations siège à la valvule iléo-cœcale ou au-dessus. Quant au cancer de l'intestin, il siège, d'après cette même statistique, au rectum 80 fois pour 100, au colon 11 fois, au cœcum 5 fois, à l'intestin grêle 4 fois. Ainsi le cancer siège presque toujours au rectum. De cette statistique résultent des éléments de diagnostic considérables entre l'invagination et le

néoplasme, l'un siégeant vers la valvule iléo-cœcale, l'autre au rectum.

Il s'en faut de beaucoup, il est vrai, que toutes les obstructions intestinales soient causées par des invaginations ou des cancers. Mais si l'on a des raisons pour croire à l'une ou à l'autre maladie, on a tout de suite une donnée probable sur son siège.

Tout le monde sait que, lorsque les malades sont déjà atteints de péritonite, l'opération ne peut pas être suivie de succès. Ici encore je demande à faire intervenir une indication pour le diagnostic : c'est l'empâtement ou la matité de la partie inférieure de l'abdomen.

Je recommande aussi de noter avec le plus grand soin les variations de la température. Des malades en proie à de vives douleurs n'ont quelquefois que 36° 1/2 ou 37° de température. Dans ce cas les malades sont menacés de péritonite, mais ils n'ont encore rien de grave, et on peut les opérer avec succès. Chez d'autres les souffrances sont médiocres ou nulles, mais la température est élevée; c'est que l'inflammation du péritoine évolue et fait monter le thermomètre progressivement jusqu'à 39°.

Dans le petit nombre de faits que j'ai vus, il m'a semblé qu'il y avait aussi un rapport constant entre l'élévation de la fréquence du pouls, et le développement de la péritonite.

Je me résumerai en disant que je suis plus partisan, que je ne l'étais autrefois, d'une intervention prompte dans les obstructions intestinales. Accordons cinq heures aux tentatives faites avec les courants électriques, avec les injections forcées ; mais ne nous y attardons pas davantage, d'autant plus que lorsque ces moyens réussissent, c'est toujours très promptement. Si on fait l'opération, c'est tôt, et non tard qu'il faut la faire. En outre, il faut s'abstenir dans tous les cas où le malade présente une élévation de la température et une exacerbation du pouls, car tous ces cas sont mortels. En dehors de ces cas, on a d'importantes notions à retirer de la recherche du météorisme dans le gros intestin.

M. Berger. C'est avec le concours de notre collègue M. Périer, d'après ses conseils et avec son assistance que j'ai entrepris les trois opérations de laparotomie que j'ai dû faire pour des cas d'occlusion intestinale. C'est en son nom, presque autant qu'au mien, que je viens vous présenter quelques considérations basées sur ces trois faits. Pour le dire aussitôt, ma courte statistique est loin d'être encourageante, puisqu'elle compte trois morts sur trois opérations. Voici d'abord en résumé les observations en question.

La première vous est déjà connue ; c'est celle dont M. Trélat

vous entretenait tout à l'heure. Je la reproduis ici avec un peu plus de détails.

Obs. I. — Au mois d'août de l'année dernière, je fus appelé dans le service de M. le professeur Hardy par M. Dejerine, son chef de clinique, pour un malade qui présentait tous les signes d'un étranglement interne, contre lequel avaient échoué tous les moyens médicaux.

Cet homme, vigoureux et dans la force de l'âge, avait toujours joui d'une parfaite santé. Pourtant il avouait, mais avec quelque hésitation, que depuis quelques mois les matières fécales étaient moins grosses et quelquefois comme aplaties. Douze jours auparavant, il avait été pris subitement de coliques et de vomissements ; des lavements avaient amené quelques évacuations, qui furent les dernières; bientôt le ventre se ballonna, les douleurs devinrent continuelles et il entra à l'hôpital. Les purgatifs variés, les injections d'eau et d'huile dans le gros intestin furent essayés infructueusement. L'électrisation de l'intestin n'eut pas plus de succès.

Quand je le vis, le 13e ou le 14e jour, les anses intestinales distendues soulevaient la paroi abdominale à travers laquelle on voyait se dessiner nettement le gros intestin et surtout le colon transverse ; les vomissements avaient l'apparence fécaloïde ; la peau était froide ; le facies grippé, caractéristique. J'appelai aussitôt MM. Gosselin et Périer, avec lesquels nous convînmes que, si l'on ne pouvait exclure l'hypothèse d'un cancer de l'intestin, il était plus probable qu'on avait affaire à un étranglement par bride. M. Dejerine était plus affirmatif encore, et disait que si l'arrêt des matières était dû à un cancer de l'S iliaque, il n'y avait plus de diagnostic possible de la nature d'un étranglement intestinal.

La conséquence thérapeutique qui nous sembla ressortir de ces présomptions fut la suivante: si nous avions affaire à un étranglement par bride, la laparotomie, en permettant de lever l'agent de l'étranglement, pouvait sauver le malade. Si la cause de l'obstruction était un cancer, l'établissement d'un anus contre nature à la région inguinale serait encore possible, bien qu'il dût être fait dans des conditions plus défavorables que si nous avions recours à l'entérotomie d'emblée.

En résumé, la chance de pouvoir rendre aux matières leur cours naturel, s'il s'agissait d'un étranglement vrai, nous semblait compenser les conditions plus désavantageuses, où se ferait l'anus contre nature, si nous avions affaire à un cancéreux condamné à une perte certaine et prochaine.

L'opération fut faite, avec l'assistance de MM. Gosselin et Périer, dans l'amphithéâtre de la Charité, avec les précautions antiseptiques, spray, lavage des instruments et des mains, précautions incomplètes et insuffisantes à la vérité.

L'abdomen fut incisé sur la ligne blanche, dans une étendue de 10 centimètres. Il fallut sortir l'intestin distendu et très congestionné pour pouvoir même introduire la main. Nous sentîmes alors, après un quart d'heure de recherches environ, pendant lesquelles la plus grande

partie de l'intestin resta découvert, ou enveloppé seulement de serviettes froides ou bientôt refroidies, que l'obstacle siégeait au niveau du tiers moyen de l' S iliaque ; c'était un cancer annulaire, sorte de squirrhe atrophique exactement limité à une section circulaire absolument linéaire de l'intestin, et produisant un rétrécissement tel qu'on l'eût dit l'effet d'une simple ligature posée sur l' S iliaque. Il devenait nécessaire d'établir un anus contre nature : j'incisai la paroi abdominale au-dessus de l'arcade de Fallope gauche ; je suturai la partie supérieure de l' S iliaque aux lèvres de cette incision ; j'ouvris l'intestin ainsi fixé, et il s'en écoula un torrent de matières liquides et de gaz. L'intestin fut alors facilement réduit et l'incision abdominale suturée. Un pansement de Lister et une compression ouatée autour du ventre constituèrent le pansement. L'opération avait duré 2 heures 3/4.

Le malade réveillé se trouva très soulagé ; mais, quoiqu'il parlât, qu'il bût avec plaisir un peu de vin de champagne glacé, et que les vomissements eussent cessé, la peau resta froide, le pouls insensible ; puis survint un état de collapsus complet dans lequel le malade mourut au bout de 23 heures.

Tout ce que je puis me rappeler de l'autopsie, c'est qu'il n'y avait pas de péritonite, ni d'épanchement, ni d'exsudat intra-abdominal, mais seulement une congestion viscérale considérable.

Je veux dès à présent attirer votre attention sur l'irruption brusque des accidents d'étranglement dans un cas de cancer de l'intestin, ayant produit son oblitération presque totale. M. Trélat, qui avait été appelé en consultation auprès de ce malade, avait, comme il vous l'a dit, soupçonné l'existence d'une lésion organique, en se fondant sur une certaine difficulté que le patient aurait présentée depuis quelque temps dans l'émission des matières fécales. Pour obtenir ce commémoratif, il nous fallut si fort insister que nous nous crûmes autorisés à douter de sa valeur. La suite de cette observation, justifiant les présomptions de M. Trélat, me paraît montrer une fois de plus de quelles obscurités peut être entouré le diagnostic de la nature de l'obstacle. Dans les deux observations suivantes, au contraire, il fut possible de préciser avec une certaine rigueur la cause anatomique de l'occlusion intestinale ; mais le diagnostic ne put être porté à temps, pour que l'indication se posât en temps utile et que l'opération pût sauver la vie du malade. Ces deux observations ont été recueillies avec le plus grand soin par M. Dubail, interne du service de M. Gosselin.

Obs. II. — Le 12 *août* 1880 est entré dans la salle Saint-Charles, n° 2, le nommé Mothy (Albert), âgé de 32 ans, garde de magasin, demeurant rue Sainte-Alice, n° 4, XIV° arrondissement.

Passage en chirurgie, le 19 *août* 1880, salle Sainte-Vierge, n° 32.

Le malade, avant l'accident qui l'amène à l'hôpital, n'a fait aucune

maladie; jamais de péritonite, jamais de coliques; pas de hernies, pas de syphilis, pas d'alcoolisme. Il nie absolument tout antécédent pathologique et tout antécédent héréditaire.

Le 6 *août*, au milieu de son travail, il fut prit subitement d'une douleur très vive dans le ventre, et limitée au niveau de l'ombilic. La veille, il était allé à la selle comme de coutume, et il avait, paraît-il, rendu des matières bien moulées et de grosseur ordinaire. La douleur persistant, il fut obligé de rentrer chez lui, et de se mettre au lit. Le lendemain il fit appeler un médecin, qui prescrivit une purgation, qui n'amena aucun résultat.

8 *août*. — On la renouvela le lendemain, mais cette fois elle fut vomie.

Depuis ce moment, tout ce que le malade ingurgita, soit médicaments, soit bouillons, fut rendu ; les vomissements n'étaient pas fécaloïdes, mais il y avait absence totale de selles.

Cet état dura jusqu'à son entrée à l'hôpital, sans aucun autre phénomène.

12 *août*. — On est tout d'abord frappé du facies abdominal du malade. Il ne présente pas de refroidissement; la température est à peu près normale à 37°,4. Peu de douleur à l'abdomen, soit à la pression, soit qu'on laisse le malade au repos. Le ventre est assez souple et n'offre aucune tumeur appréciable à l'œil ou au palper. Le malade continue à vomir tout ce qu'il prend. On prescrit une potion de Rivière, qui n'arrête pas les vomissements.

13 *août*. — Même état. — On injecte, à l'aide d'une sonde de femme, deux syphons d'eau de Selz dans le rectum. T. M. 37°,2. T. S. 37°,5.

14 *août*. — Les vomissements répétés deviennent fécaloïdes, et d'une odeur infecte.

L'état général est relativement bon. On prescrit l'électricité de la façon suivante : Courants continus pendant deux heures, le pôle négatif dans le rectum, et le positif sur l'abdomen, avec vingt éléments. Cette médication n'eut d'autres effets que de produire des borborygmes et de la rougeur de la peau. Puis ensuite, dix minutes de courants induits, le pôle négatif dans le rectum et le positif promené sur l'abdomen. Pendant cette seconde séance, le malade accuse une vive douleur qui amène des cris. On le laisse tranquille deux heures, et on recommence de la même façon le soir, sans aucun résultat. On n'amène aucune selle, pas même envie d'aller au siège.

Les vomissements persistent. T. M. 37°. T. S. 37°,2.

15 *août*. — Potion de Rivière. — L'électricité est suspendue. — Vomissements. T. M. 37°. T. S. 37°,4.

16 *août*. — On recommence l'électricité de la manière suivante : courants continus, 10 minutes avec 10 éléments; courants indirects, 10 minutes; on revient aux courants continus, 10 minutes, puis aux courants indirects, 10 minutes encore.

Pas de résultat : ni matières, ni gaz ne sont expulsés. Les vomissements sont de plus en plus fécaloïdes, T. M. 37°. T. S. 37°,2.

17 *août.* — L'abdomen reste souple, le colon transverse seul, fait saillie et paraît surtout distendu par des gaz. Aucune autre tumeur.

On prescrit un lavement purgatif avec addition d'huile de Croton. Le malade le rend tel quel. Les vomissements fécaloïdes continuent, et sont d'une odeur abominable. Le malade peut prendre néanmoins un peu de bouillon qu'il expulse avec ses vomissements. T. M. 36°,8. T. S. 37°,4.

18 *août.* — On pratique l'entéroclysme avec trois litres d'huile, de la manière suivante : on introduit dans le rectum aussi haut que possible une sonde de femme adaptée à un long tube de caoutchouc. Ce tube est mis dans la perpendiculaire, et à l'aide d'un entonnoir, on verse l'huile dans le tube. La pression permet d'introduire ainsi les trois litres dans l'abdomen et ils sont rendus tels quels.

Le soir, le malade dit avoir rendu quelques gaz, mais il est probable que ce n'est que l'air que renfermait le tube, au moment où on y versa l'huile.

Vomissements fécaloïdes ; pas de selles. T. M. 37°,2. T. S. 36°,6.

19 *août.* — Le lendemain, on constate au niveau de la fosse iliaque droite, une tumeur assez volumineuse, à grand diamètre transverse, commençant à 2 centimètres environ en dehors de la ligne médiane, et s'étendant presque jusqu'à l'épine iliaque. Le diamètre vertical mesure environ 7 centimètres.

Cette tumeur est douloureuse à la pression, tandis que le reste de l'abdomen est assez indolore et assez souple. Le palper de la tumeur produit un gargouillement. Le malade urine très bien, et l'urine ne contient pas trace d'albumine.

Le facies est de plus en plus abdominal, pourtant la température est normale, sans refroidissement; mais le sujet ne peut plus rien prendre à l'intérieur, ni lait, ni bouillon, même la glace lui répugne. Il survient quelque peu de hoquet. Les vomissements n'ont pas changé d'aspect ni de nature. Pas de selles. T. 36°,8.

En présence de cet état, on songe à l'intervention chirurgicale, et l'on fait appeler M. le Dr Berger, qui, après s'être entendu avec MM. Périer et Landouzy, décide la laparotomie.

Opération faite le jeudi soir à 6 heures.

Le malade est couché dans le décubitus dorsal. Les jambes enveloppées de ouate, maintenues par des bandes de flanelle. Des draps chauffés sont placés sur le thorax. La paroi abdominale est lavée avec soin, au moyen d'éponges imbibées de solution d'acide phénique au quarantième.

On procède à la chloroformisation du malade. Le sommeil arrive rapidement après une très légère période d'excitation.

M. Berger, placé à la droite du malade, fait une incision verticale au niveau de la ligne blanche, partant de deux centimètres au-dessous de l'ombilic, et allant à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Il incise couche par couche jusqu'au péritoine, place des pinces

hémostatiques sur les quelques vaisseaux qui donnent du sang, puis fend le péritoine dans toute l'étendue de la plaie.

Il introduit dans la cavité abdominale quatre doigts de la main droite et explore la fosse iliaque du côté gauche. Il ne rencontre là rien d'anormal. L'S iliaque du colon, dans toute son étendue, est saine.

M. Périer, placé à gauche du malade, introduit quatre doigts de la main droite, de manière à explorer la fosse iliaque droite. Il reconnaît des anses intestinales assez fortement distendues, répondant à la saillie assez nettement dessinée, qui se montrait sur la paroi abdominale antérieure, au niveau de la région iliaque droite avant l'incision, mais la main ne peut pas pénétrer assez profondément pour atteindre les portions d'intestin qui se trouvent dans la fosse iliaque et dans le petit bassin, à cause de l'excessive pression qu'exercent contre la paroi abdominale les anses intestinales distendues.

M. Berger agrandit l'incision en haut et en bas : en haut il contourne l'ombilic jusqu'à environ 1 centimètre $1/2$ au-dessus de la dépression ombilicale; en bas, jusqu'à 3 centimètres environ au-dessus de la symphyse pubienne. L'incision, dans sa totalité, a ainsi environ 10 centimètres d'étendue. Toute la main peut alors pénétrer dans la cavité abdominale, et l'exploration, quoique difficile, permet cependant de reconnaître les parties étranglées.

Du côté de la fosse iliaque gauche et du petit bassin, M. Berger ne rencontre aucune saillie, aucun empâtement qui méritent d'être signalés. Au contraire, du côté droit, un peu au-dessus de la fosse iliaque droite, au niveau de la région qui répond anatomiquement au flanc droit, il sent des anses intestinales agglutinées, une sorte de noyau dur; il sent comme une corde tendue qui bride cet amas d'anses intestinales, et parvient, en effet, à introduire le doigt sous une bride qui se dirige de l'ombilic vers la fosse iliaque droite ; tirant alors sur elle, il peut ramener au dehors plusieurs anses intestinales formées par l'intestin grêle distendu, et une sorte de cordon étroit, de coloration violacée, dont une des extrémités paraît implantée directement sur l'intestin. Une double ligature est placée sur cette bride, et une incision est faite entre les deux ligatures. La distension de l'intestin est tellement considérable qu'il est difficile d'apprécier la disposition des anses intestinales dans les parties profondes. Pour donner un peu de jour, on cherche à évacuer le contenu de l'intestin. Une ponction est pratiquée avec l'aiguille la plus fine de l'appareil Potain, dans une des anses distendues. L'aspiration amène une quantité considérable de gaz fétide et une certaine quantité de liquide blanc jaunâtre. Cette première ponction ne suffit pas à amener l'affaissement de l'intestin, une deuxième ponction est faite sur un point différent de l'anse distendue.

A ce moment, un incident se produit : Dans un mouvement du malade, l'aiguille traverse de part en part l'intestin. Ce léger accident n'a pas de suites fâcheuses. L'aiguille est retirée jusqu'à ce que sa pointe se trouve dans la cavité intestinale. L'aspiration amène alors la sortie d'une quantité très notable de gaz, et l'évacuation

d'une demi-bouteille seulement du liquide blanc jaunâtre que nous avons signalé précédemment. Ce liquide, qui fut plus tard examiné au microscope, contenait des cellules épithéliales nombreuses, quelques leucocythes et une masse de particules noirâtres de nature indéterminée.

Les anses intestinales affaissées permettent alors de bien voir l'arrangement réciproque des circonvolutions les unes par rapport aux autres. On constate, tout d'abord, que la bride dont nous avons parlé déjà, n'a été sectionnée qu'incomplètement. Cette bride a le volume d'une plume d'oie; elle s'implante perpendiculairement sur une anse d'intestin grêle, au voisinage d'un point fortement comprimé et rétréci de l'intestin. Elle se porte alors vers une portion épaissie de l'épiploon avec laquelle elle se continue. Un fil de catgut est placé sur l'intestin, au voisinage du point d'implantation de la bride. Un second fil de catgut étreint à sa base la partie noirâtre de l'épiploon. La bride, dans son entier, est coupée et enlevée. En soulevant alors les anses d'intestin grêle, qui avaient été attirées au dehors de la cavité abdominale, on aperçoit très nettement une sorte de nœud ou de tourbillon formé par l'intestin, qui semble avoir exécuté, en ce point, un tour complet de spire. Cet enroulement a eu lieu de droite à gauche; aussi, une rotation en sens contraire, imprimée à l'intestin, rétablit les parties dans leur situation normale.

La constriction dans la partie enroulée a été très forte, car l'intestin grêle dans une étendue de 4 à 5 centimètres a perdu les deux tiers de son calibre. Néanmoins, pressant au-dessus et au-dessous de la partie rétréeie, on constate que l'intestin est encore perméable.

Toute l'anse comprise entre le rétrécissement, d'une part, et la portion d'anse intestinale enroulée, qui avait amené ce rétrécissement, est fortement injectée, rouge foncé. La tunique séreuse, friable, a cédé en différents points, en sorte que la tunique musculeuse est à nu. Néanmoins, la pression n'amène nulle part la sortie soit de liquide, soit de gaz ; il n'y a pas non plus apparence d'eschares.

Au voisinage du point rétréci, dans l'épaisseur du mésentère, on constate la présence d'un ganglion de la grosseur d'une petite noix, manifestement hypertrophié et enflammé. Lorsque le déroulement de l'intestin est complet, lorsqu'il a été bien constaté que cet intestin est perméable au niveau du rétrécissement, qu'il n'existe nulle part de rupture, les anses sont réintégrées le plus doucement possible dans la cavité abdominale.

Une suture faite avec du fil d'argent, met en contact les lèvres de la plaie de la paroi abdominale antérieure. Cette suture a été difficile, et les piqûres ont saigné abondamment.

L'opération, pendant toute sa durée, s'est effectuée dans une atmosphère phéniquée, obtenue au moyen de la machine à vapeur. Sur la plaie, on applique un pansement complet de Lister. Le malade est transporté dans son lit. On le couvre de linges chauds. A ce moment le pouls bat 88 à la minute. T = 37°.

Le traitement institué consiste dans des boissons froides : champagne

frappé, bouillon froid, bière en très petite quantité. Injection hypodermique de morphine.

La température du malade, qui succomba trente-six heures après l'opération, oscillait entre 38 et 39°. Deux heures avant sa mort, la température montait à 40°. Le pouls était petit et fréquent, la peau était chaude, couverte d'une légère transpiration. Les vomissements avaient cessé depuis l'opération; le ventre était tendu ,mais peu douloureux; le malade accusa jusqu'à sa mort un soulagement apparent.

Autopsie. Elle est faite 36 heures après la mort du malade. A l'ouverture du ventre, la putréfaction est assez prononcée. On rabat la paroi abdominale sous forme de tablier. Quelques gaz et une quantité assez notable de sérosité rouge s'écoulent du ventre. L'intestin est très distendu, peu congestionné, présentant une altération cadavérique prononcée. Aucune trace d'exsudats ni de fausses membranes à sa surface. L'anse malade, cachée derrière les autres anses intestinales, est plongée dans le petit bassin. La partie supérieure de la bride est formée par le grand épiploon et a son point de départ sur le colon transverse. L'autre extrémité de la bride se trouve située, ainsi qu'on le remarque par la ligature qui existe encore sur la portion d'intestin étranglé, immédiatement au-dessous du point supérieur d'étranglement.

La suture abdominale ne présente aucune trace de réunion.

Inspection de la portion d'intestin étranglé. Elle présente en général une forte injection, une coloration verdâtre. Des fausses membranes, des adhérences molles se remarquent à la surface de l'intestin, et réunissent les différentes anses entre elles. Dans la cavité, pas de caillots, pas d'épanchement.

L'anse intestinale étranglée est d'une longueur de 14 centimètres. A sa surface, elle présente trois déchirures superficielles, n'intéressant que la couche péritonéale, dont la plus étendue égale environ six centimètres de longueur.

La séreuse intestinale au niveau du point inférieur de l'étranglement est superficiellement ulcérée. Ce point présente environ 3 centimètres de diamètre, et 4 centimètres de longueur; il offre une coloration ecchymotique généralisée sans entrave manifeste.

L'insufflation de l'intestin, pratiquée dans l'eau, n'amène l'issue d'aucune bulle de gaz. Le point d'où partait le diverticule est situé près du bord convexe, au-dessous du point étranglé. La ligature a été placée au ras de l'intestin. Elle est recouverte par des adhérences, et des fausses membranes. Le fil tient encore fortement à la paroi intestinale.

On ouvre l'intestin sur le bord mésentérique ; son contenu se compose de matières intestinales. Sa surface interne présente une congestion intense, mais pas de lésion profonde de la muqueuse, même au niveau du point étranglé ; on trouve une ecchymose considérable au niveau du point où portait la bride ; celle ci a été sectionnée presque au ras de l'intestin dont elle partait ; on recherche avec soin, mais on ne

trouve aucune espèce de conduit, de canal ou d'orifice interne aboutissant au diverticule intestinal qui a été sectionné.

La tumeur mésentérique observée pendant la vie est ramollie et fluctuante. Elle présente l'aspect d'un ganglion mésentérique. Elle est constituée par l'agglomération de ganglions mésentériques œdématiés, mais non suppurés.

Poumons. — Adhérences pleurales du côté droit, congestion pulmonaire.

Les autres viscères ne présentent pas de lésion.

Le diagnostic d'étranglement intestinal par bride ou par torsion fut ici porté dès le début ; on a vu par l'observation qu'il y avait l'un et l'autre, et que l'intestin était comme tordu en volvulus sous la bride qui l'étranglait. Cette bride était évidemment formée par un diverticule de l'intestin ; mais comment ce diverticule adhérait-il par son extrémité à l'épiploon? c'est ce qu'il nous a été impossible d'expliquer. C'était sous ce pont mixte, en quelque sorte, formé par la réunion d'un diverticule intestinal et d'une bride épiploïque, que s'étaient engagées plusieurs anses intestinales.

Mais un temps précieux fut perdu à s'assurer que l'occlusion était bien de celles qui ne cèdent à aucun traitement médical, et quand le 14e jour il fallut en venir à l'opération, nous ne pouvions guère conserver d'illusion sur le résultat probable de celle-ci. Il en fut autrement dans la dernière de nos observations, intéressante surtout parce qu'elle retrace un fait appartenant exactement à la même catégorie que celui rapporté dans la séance précédente par M. Nicaise.

Il s'agissait encore d'un étranglement interne consécutif à une hernie étranglée opérée avec succès plusieurs semaines auparavant. La nature des accidents et leur cause purent être ici facilement reconnues, mais quoique l'intervention chirurgicale eût été beaucoup moins retardée que dans le cas précédent, l'ouverture du ventre nous montra des lésions intestinales constituées déjà et si graves qu'il ne nous resta plus qu'une ressource extrême, la résection de l'anse malade et l'anastomose des deux bouts, sectionnés au-dessus et au-dessous d'elle, par la suture.

J'abrège à dessein cette observation qui sera publiée plus tard *in extenso* comme un exemple de cette variété de hernie inguinale, congénitale, qu'on nomme interstitielle, ou intrapariétale et qu'ont si bien décrite MM. Goyraud, d'Aix, et Tillaux.

Obs. III. — Le 17 juillet de cette année, M. Gosselin réduisait, après ouverture du sac, une hernie pariétale chez un jeune homme de 26 ans, entré l'avant-veille dans son service (salle Sainte-Vierge nº 5), avec tous les caractères d'un étranglement herniaire.

Depuis 1876, le malade qui savait depuis longtemps qu'il était porteur d'une hernie du côté droit, et qui de plus était monorchide, avait à trois reprises été atteint d'accidents semblables, et sa hernie avait les trois fois été réduite par le taxis. Le 15 juillet, jour de son entrée M. Delens l'avait fait rentrer sans grands efforts pendant le sommeil chloroformique. Le lendemain, les accidents et la tumeur s'étaient reproduits, et M. Gosselin, après s'être assuré par l'administration d'un purgatif d'exploration, qu'il existait bien là un étranglement véritable, avait dû procéder à l'opération. L'intestin était peu serré au niveau de l'anneau interne, mais il présentait une sorte de torsion portant sur le pédicule de la portion contenue dans le sac, et c'était cette torsion probablement qui rendait l'intestin imperméable aux gaz et aux matières intestinales.

Dans la nuit qui suivit l'opération, plusieurs selles liquides et beaucoup de gaz furent rendus. Je relève avec intention cette particularité pour montrer qu'il n'existait point alors d'obstacle au cours des matières dans le ventre, et que c'était bien dans la hernie même que résidait l'obstacle à leur passage.

A part un peu de suppuration qui survint autour des points de sutures que M. Gosselin avait placés sur le sac, les suites de l'opération furent simples. Pourtant, dès le premier jour le malade se plaignit de douleurs sourdes dans le ventre, surtout au moment où il se présentait à la selle ; il avait des nausées et ressentait un malaise général, qui ne se dissipa guère que cinq ou six jours après la réduction.

Quand je succédai à M. Gosselin dans la direction du service, le 1er août, le malade était en état satisfaisant ; il y avait une ou deux selles molles par jour ; l'appétit était assez bon ; le ventre indolore ; la plaie fut bientôt réunie en presque totalité.

Le 12 août, le malade fut pris de coliques extrêmement vives ; il se plaignait de douleurs qui, parties de l'ombilic, s'irradiaient dans tout l'abdomen ; elles lui paraissaient causées par une distension gazeuse de l'intestin et elles étaient suivies de contractions très pénibles avec sensation de besoins d'aller à la selle. Ces pressions qui duraient une ou deux minutes, se reproduisirent à de courts intervalles, les 12 et 13 août, sans qu'il y eut de garde-robes rendues.

Le 14, un purgatif amena l'évacuation de matières liquides mêlées à quelques excréments très durs. Cette sécrétion fut suivie d'une accalmie bientôt remplacée par une nouvelle période douloureuse.

Le 21, les coliques avaient reparu extrêmement violentes, accompagnées de vomissements fétides; elles furent calmées par une injection de morphine, et les jours suivants la douleur de ventre avait un caractère plus sourd, moins aigu. Il persistait bien une tendance au ballonnement du ventre, un peu d'état nauséeux, mais des évacuations quotidiennes étaient obtenues par des purgatifs légers ou des lavements et bien que ma conviction fût presque arrêtée sur un rétrécissement de l'intestin, résultant de l'étranglement dont il avait été l'objet, je pensai qu'il n'y aurait que des avantages à procurer le

bénéfice d'un changement d'air au malade affaibli par son séjour à l'hôpital et très impressionnable du reste. Je l'envoyai donc à Vincennes, en l'avertissant de revenir aussitôt à la Charité, si les accidents d'obstruction dont il avait été atteint venaient à se représenter.

Ce ne fut pas bien long. Parti le 1er septembre, il revenait le 3, nous racontant que, dès son arrivée à l'asile, il avait été pris de vomissements; ceux-ci auraient présenté une couleur brunâtre et une odeur infecte. Les vomissements auraient continué dans la journée du 2, vomissements alimentaires et muqueux seulement. Ils avaient cessé depuis 24 heures. Il y avait eu plusieurs tentatives infructueuses pour aller à la selle : ni matières, ni gaz n'auraient été rendus.

Je laisse, pour la suite de l'observation, la parole à M. Dubart :

On trouve le malade abattu, anxieux, se plaignant de coliques vives, partant de la région ombilicale pour s'irradier dans tout l'abdomen. En procédant à l'examen du ventre, on aperçoit, un peu à droite de l'ombilic, entre cette dépression et le rebord des fausses côtes, une saillie plus prononcée, large comme la paume de la main. Du reste, le ventre est modérément ballonné, et ce ballonnement affecte la forme que Laugier a décrite comme appartenant aux étranglements de l'intestin grêle. Pendant les coliques, les anses intestinales dessinent à la surface de la paroi abdominale leurs contours sinueux. La main, cherchant à reconnaître des irrégularités, des saillies, des indurations dans le ventre, ne rencontre rien d'anormal. L'abdomen dans son ensemble a une sonorité un peu plus élevée qu'à l'état sain, nulle part il n'existe de matité. Le toucher rectal, fait aussi haut que possible, ne donne aucune indication.

La cicatrice de la kélotomie et son voisinage devaient attirer notre attention. Il n'existe en ce point aucune saillie. La percussion révèle pourtant de la matité au voisinage de l'épine du pubis; mais c'est à ce niveau que se trouve le testicule. Au-dessus de la cicatrice, la sonorité est complète et le ventre présente en cet endroit la même souplesse que du côté opposé.

Malgré les douleurs spontanées éprouvées par le malade, ces explorations ne sont nullement douloureuses, ce qui peut faire exclure l'existence d'une péritonite généralisée actuelle.

L'état général est assez satisfaisant. Le facies est peu tiré. La température axillaire est de 38°; le pouls bat 80 par minute, mais l'appétit est nul.

Prescription : Boissons glacées. Purgatif { Calomel. . . 0,60, Scammonée . 0,30.

Le 4 septembre, le purgatif n'a amené aucune évacuation. Le ventre est plus tendu. Les douleurs spontanées sont encore plus fréquentes et plus vives que la veille.

Prescription : Boissons glacées; 45 grammes d'huile de ricin émulsionnée; trois séances d'électricité : Courants continus et courants interrompus (20 minutes à une demi-heure); injections de morphine.

Le soir et le lendemain matin, 5 septembre, l'état est le même. M. Ber-

ger ayant appelé en consultation MM. Périer, Landouzy et Troisier, on convient qu'on est en présence d'un étranglement interne probablement consécutif à un rétrécissement de l'intestin compris autrefois dans une hernie ; toutefois, avant de recourir à l'opération de la gastrotomie, l'on décide d'épuiser les moyens médicaux en continuant l'électrisation intestinale et en administrant un entéroclysme.

Plusieurs litres d'huile d'olive sont donc injectés dans le rectum au moyen d'une sonde introduite dans cet organe le plus haut possible ; bientôt la distension du rectum amène des contractions violentes qui expulsent l'huile en jets saccadés, en même temps que quelques gaz qui, probablement, ont été introduits artificiellement dans l'intestin avec le lavement. A peine a-t-on terminé cette séance que les vomissements qui, depuis le 2 septembre, avaient cessé, reprennent et se montrent d'emblée fécaloïdes. On se borne dès lors à calmer le malade par des injections de morphine. Le soir, le facies est altéré, le malade affaibli, le pouls à 110, la température à 38,6.

Le 6 septembre au matin, comme on en était convenu la veille, M. Berger pratiqua la gastrotomie avec l'aide de M. Périer.

Opération. — Le lit de M. Mariaud est disposé dans l'amphithéâtre. On place le patient dans le décubitus dorsal ; les deux membres inférieurs, préalablement enveloppés d'ouate, sont couchés dans des gouttières en fil de fer, qui peuvent s'écarter et laisser de la place au chirurgien. Le ventre et le pubis sont rasés et lavés avec la solution d'acide phénique au 1/40. Une compresse imbibée dans la même solution est appliquée sur la paroi abdominale antérieure. On procède à la chloroformisation.

Dès que le malade est endormi, les aides prennent place de chaque côté du ventre. M. Berger, assis entre les jambes du patient, fait sur la ligne médiane, à partir de 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, une incision de 8 centimètres. Il arrive, couche par couche, jusqu'au péritoine. Les quelques vaisseaux, qui donnent du sang, sont liés. La séreuse est sectionnée sur la sonde cannelée dans toute l'étendue de la plaie. Deux doigts, introduits dans la cavité abdominale, explorent la paroi et toute la partie d'intestin accessible. Cette première exploration ne donne aucune lumière sur la nature de l'étranglement et son siège.

L'incision est prolongée par en haut jusqu'à 2 centimètres au-dessus de l'ombilic. La main tout entière peut alors plonger dans la cavité péritonéale. M. Berger explore le petit bassin, les fosses iliaques sans rien découvrir. Revenu à peu près sur la ligne médiane, un peu audessous de l'ombilic, il sent un certain nombre d'anses d'intestin grêle agglutinées et, au milieu d'elles, un noyau dur. Est-ce une tumeur, un ganglion ou de l'intestin serré par une bride? Les manœuvres sont gênées par les anses d'intestin grêle superficielles fortement distendues. Il est nécessaire de les attirer au dehors; on place sur elles des serviettes chaudes. Il est alors possible d'apercevoir plusieurs anses d'intestin grêle agglutinées par des adhérences multiples, qui empêchent de se rendre un compte exact de la topographie des circonvolutions de l'intestin et de la lésion exacte qui existe sur l'une d'elles.

Mais on ne peut douter que l'on ne soit arrivé au siège de l'obstruction. M. Berger écarte les unes des autres les anses agglutinées en déchirant peu à peu avec les doigts les adhérences peu solides d'ailleurs qui les unissent. Il parvient enfin à en trouver une qui diminue assez brusquement de calibre, au point d'être réduite à un simple cordon du volume d'une grosse plume d'oie. Cette extrémité rétrécie disparaît dans les adhérences au-dessus desquelles proémine le bout supérieur distendu. Pour vider ce dernier, on pratique une ponction dans sa cavité avec l'aiguille de l'aspirateur Potain ; celle-ci se bouche aussitôt. M. Berger veut alors libérer l'intestin, mais, quelque précaution qu'il y mette, celui-ci se rompt tout à coup dans une étendue de plusieurs centimètres, laissant couler un flot de matières liquides, parmi lesquelles des quantités de pépins de raisin, dans le péritoine. L'intestin est aussitôt saisi au-dessus et au-dessous de la rupture, les deux bouts attirés au dehors et le péritoine minutieusement nettoyé. Un bassin est mis sous la déchirure du bout supérieur, dans lequel on a introduit un gros tube de caoutchouc, et des pressions douces, exercées sur la masse intestinale attirée et maintenue hors du ventre, permettent d'y recueillir plusieurs litres de matières liquides. L'intestin, vidé en grande partie, s'affaisse; on place deux pinces à pression continue l'une au-dessus, l'autre au-dessous de la déchirure ; on procède avec plus de soin encore à la toilette du péritoine, et on réduit facilement toutes les anses en n'exceptant que l'anse malade qui est maintenue hors du ventre.

On enlève alors toute la partie malade avec la portion correspondante du mésentère, en tout 5 à 6 centimètres d'intestin gangrené, et on procède à l'abouchement par la suture des bouts inférieur et supérieur nettement sectionnés.

M. Berger commence par affronter, par cinq points de suture, les lèvres de la solution de continuité du mésentère, qui affecte la forme d'un V ; l'application de cette suture fait aussitôt cesser l'écoulement sanguin provenant des artères et des veines du mésentère. Puis les deux bouts de l'intestin sont réunis par six doubles points de suture (suture de Lembert par adossement des séreuses). Toutes ces sutures sont faites avec de la soie phéniquée.

Quand la suture est achevée, l'intestin est réduit et la plaie des parois réunie par la suture profonde entrecoupée. Un pansement de Lister est appliqué sur le ventre et maintenu par une compression ouatée, et le malade est reporté à son lit. Sa température, aussitôt après l'opération, était de 38°,8; l'opéré reste dans un collapsus profond, blême et presque sans pouls ; à 6 heures du soir, la température s'élevait à 41°,2; à 8 heures, survint la terminaison fatale.

Autopsie. Le 8 septembre, à 10 heures du matin, le péritoine ouvert ne laisse écouler que peu de liquide ; il y a une quantité modérée de sérosité purulente dans le petit bassin ; la différence de calibre entre le bout supérieur et le bout inférieur de l'intestin se reconnaît encore aisément. Il y a une injection vasculaire de tout l'intestin grêle, accompagnée d'exsudats et d'adhérences récentes autour

du point sur lequel a porté la suture. Le mésentère lui-même est tuméfié et couvert d'exsudats.

Au niveau du méso-cœcum, sur l'espace qui s'étend de l'abouchement de l'intestin grêle au détroit supérieur, se voient des tractus fibreux organisés dont quelques-uns passent même comme un pont en avant du cœcum. C'est ce qui reste des adhérences néomembraneuses derrière lesquelles s'était étranglé l'intestin grêle.

La portion d'intestin retranchée appartenait à la dernière portion de l'intestin grêle. La suture est recouverte par des néomembranes molles. On enlève la portion d'intestin où elle est comprise, ainsi que la portion correspondante du mésentère, et on l'insuffle après l'avoir plongée dans l'eau ; l'air passe librement du bout supérieur dans le bout inférieur ; aucune bulle ne s'échappe au travers de la suture. A ce niveau, les tuniques intestinales adossées constituent une sorte de bourrelet circulaire, qui doit proéminer également dans la cavité intestinale et la rétrécir.

C'est cet intestin suturé que je mets sous les yeux de la Société.

Lecture.

Kyste dermoïde pileux et ossifié du testicule

Par M. Pilate, d'Orléans.

Commission : MM. Delens, Verneuil, Nepveu.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
Polaillon.

Séance du 10 novembre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Le *Bulletin de la Société de chirurgie*. — Le *Recueil d'ophthalmologie*. — Le

Montpellier médical. — Le *Lyon médical.* — L'*Alger médical.* — La *Revue médicale de l'Est.* — La *Gazette de Strasbourg.* — La *Revue scientifique de la France et de l'étranger ;*

3° La *Gazette italienne-lombarde.* — Le *British medical.* — Le *Journal d'Athènes.* — L'*Index medicus.* — Le *Journal international des sciences médicales de Naples.* — La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane ;*

4° M. le Dr Bonnes, de Nîmes, envoie, à l'appui de sa canditature au titre de membre correspondant, une observation intitulée : *Ovariotomie. Kyste uniloculaire. 48 litres. Guérison.* (M. Polaillon, rapporteur.)

M. le président annonce que M. Bourgeois, d'Étampes, et M. Vast, de Vitry-le-François, membres correspondants, assistent à la séance.

Rapport

par M. Gillette.

Sur une observation de M. Blum, intitulée :

Hernie inguino-interstitielle ; étranglement ; laparotomie ; guérison.

Messieurs,

Je viens vous lire, au nom d'une commission composée de MM. L. Championnière, M. Sée et Gillette, un rapport sur une observation dont le sujet touche de près à une question fort importante, actuellement à l'ordre du jour de la Société.

Cette observation, qui vous a été lue par M. Blum, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux, à l'appui de sa canditature, trouve, en effet, sa place à côté des faits de laparotomie qui ont été relatés dans la dernière séance par MM. Trélat et Berger.

Il s'agit d'un jeune garçon de 15 ans, qui fut pris, le 9 novembre 1879, en soulevant un sac de plâtre, et deux jours avant son entrée à Beaujon, d'une vive douleur dans l'aine droite, accompagnée de vomissements alimentaires, puis bilieux continus. Un médecin de la ville, appelé dans la soirée du 9, constate une tumeur au pli de l'aine, du volume d'un œuf de poule, et fait infructueusement quelques tentatives de taxis. Pendant toute la journée du 10 les accidents persistent et, malgré un lavement purgatif, il n'y a ni garde-robe ni sortie de gaz par l'anus. Le 11, le malade est amené à l'hôpital : l'interne peut engager librement le doigt dans le trajet inguinal et

sent, au niveau de l'orifice interne, une tumeur grosse comme une noix, douloureuse et aplatie sur laquelle il fait encore, sans plus de succès que la première fois, un taxis modéré. Aux symptômes précédents s'ajoute du météorisme, des coliques, un facies grippé, une température basse, un pouls petit, à 140 ; le malade ne peut avaler le moindre liquide sans vomir. C'est le 11, à 9 heures du soir, que M. Blum voit le malade pour la première fois; il ne constate aucune tumeur inguinale ; il reconnaît seulement que le testicule droit, qui n'est descendu à sa place que depuis 5 à 6 mois, est fortement relevé et appliqué sur l'orifice externe du canal inguinal.

En raison de l'absence de toute tumeur et de la persistance des phénomènes caractéristiques de l'étranglement, M. Blum songea à la possibilité d'une réduction en masse et pratiqua séance tenante la laparotomie, 59 heures après le début de tout accident. La méthode antiseptique n'est pas employée. Après anesthésie, l'incision abdominale médiane, de 9 centimètres, est faite en quelque sorte à blanc; un peu de sérosité louche s'écoule, les anses intestinales distendues par les gaz sont d'un rouge violacé, et une fausse membrane se remarque même sur l'une d'elles. Le doigt, dirigé immédiatement sur l'orifice interne du canal inguinal droit, y reconnait la présence d'une anse intestinale complète, aplatie, engagée très peu dans ce canal et étranglée sur le repli falciforme qui circonscrit à l'état normal la moitié postérieure et interne de cet orifice. A l'aide du doigt et de l'extrémité des ciseaux fermés, on peut facilement, non pas déchirer, mais élargir la bride formée par ce repli, et l'anse, détachée en même temps de quelques adhérences molles, se trouve entièrement dégagée. Une notable portion d'intestin grêle, qui était sortie de l'abdomen par suite d'efforts de vomissements, put être refoulée aisément et maintenue avec des serviettes chaudes. Deux points de suture profonde et onze points superficiels avec le fil ordinaire, un pansement avec du linge phéniqué, une couche épaisse d'ouate, un bandage de corps, constituent les soins consécutifs.

Les suites furent simples : les vomissements cessèrent immédiatement et le ventre s'affaissa. Opéré le 12, le malade ne commença à rendre des gaz par l'anus que le 13, et n'eut sa première selle, provoquée encore par un lavement huileux, que le 17, c'est-à-dire 5 jours après l'opération. Un petit abcès, gros comme une noix, se forma au niveau du point de suture inférieur, et, le 28, la guérison était complète. Le testicule restait toujours appliqué à l'orifice externe du canal et rentrait même, à certains moments, dans le trajet inguinal.

Tel est, Messieurs, le résumé succinct de l'intéressante obser-

vation que M. Blum vous a présentée. Sans entrer dans de longs détails relatifs à une question qui va être, dans un instant, l'objet d'une discussion, permettez-moi de relever plusieurs points qui me paraissent dignes de votre attention.

Et d'abord la nature de la hernie. Vous savez combien est grave l'étranglement de la hernie inguino-interstitielle et surtout la kélotomie appliquée à ce genre d'étranglement; entre autres chirurgiens M. Tillaux, il y a quelques années, a eu bien raison d'appeler l'attention sur ce sujet. Mettant de côté, pour un moment, le résultat obtenu par M. Blum, qui en somme est un beau succès et ne nous basant pas sur cet adage, « la fin justifie le moyen », nous nous demandons si ce chirurgien, au lieu de pratiquer la laparotomie, n'aurait pas dû opter pour l'ouverture du ventre à l'endroit même où existait la hernie profonde? Ce précepte a été recommandé par M. Le Fort, l'année dernière, dans cette enceinte, à propos d'une discussion sur la gastrotomie. Je ne le crois pas; d'abord M. Blum, contrairement à ce qui avait été observé avant lui par le médecin et par l'interne, n'a constaté d'une façon précise la présence d'aucune tumeur, et il n'a fait que soupçonner l'étranglement au niveau de l'orifice interne; mais l'eût-il diagnostiqué complètement, il n'aurait certainement pas agi d'une manière directe. Vous vous souvenez, en effet, des grandes difficultés que M. Polaillon a éprouvées pour lever l'étranglement dans un cas qu'il vous a soumis en 1879, et qui s'est cependant terminé par la guérison.

Je pense donc que, dans l'exemple précédent, la laparotomie était indiquée, que M. Blum a parfaitement fait de ne pas hésiter sur le choix de la méthode opératoire et qu'il a bien fait également d'intervenir immédiatement sans temporiser. Il a réussi pour ces deux raisons, mais aussi parce que le malade était tout jeune (il avait 15 ans) et parce que le chirurgien n'a pas eu besoin, une fois le ventre ouvert, de chercher longtemps et à l'aventure le siège de l'obstacle, ayant soupçonné avant d'agir une réduction en masse, il a porté immédiatement le doigt sur l'orifice interne du canal inguinal droit, où résidait l'étranglement, et il a pu le lever sans difficulté. Il savait donc ou tout au moins prévit bien ce qu'il allait trouver et l'endroit où il fallait agir immédiatement après l'incision abdominale.

Je dois encore faire remarquer, mais sans vouloir en tirer aucune déduction positive, que la guérison a été obtenue bien qu'on n'eût pas employé la méthode de Lister, et malgré le début d'une péritonite peu étendue, il est vrai, mais sur laquelle l'état de la cavité péritonéale et des intestins ne laissait aucun doute.

Messieurs, les exemples absolument analogues à celui que vous a communiqué M. Blum, et pour lesquels la laparotomie a été pra-

tiquée sont, je crois, assez rares. M. Peyrot, dans sa thèse d'agrégation récente, n'en cite qu'un cas dû à Wilkinson et Bradley, publié dans *the Lancet* de 1878 : il s'agissait d'un homme de 45 ans, chez lequel la gastrotomie fut faite sur la ligne médiane pour un pincement de l'intestin au niveau de l'anneau interne du côté droit ; la mort eut lieu dix heures après l'opération. Ce qui me semble encore rapprocher ce fait de celui de M. Blum, c'est qu'il y avait ectopie inguinale d'un des testicules.

Comme vous avez pu le constater par ces quelques mots, Messieurs, l'observation que je viens d'analyser rapidement ne manque pas d'enseignements pratiques; quoique substantielle, elle est courte, sans longueurs, accompagnée d'un tracé de la température, aussi je vous proposerai, tout en remerciant l'auteur de son excellente communication, de publier son travail dans nos *Bulletins* et d'inscrire M. Blum sur la liste des candidats au titre de membre titulaire.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Observation de M. Blum. — Le nommé S..., âgé de 15 ans, sans profession, entre à l'hôpital Beaujon, le 11 novembre, salle Saint-Vincent-de-Paul.

Ce garçon, qui avait toujours joui d'une excellente santé, fut pris, le 9 novembre, à 11 heures 1/2, en voulant soulever un sac de plâtre, d'une violente douleur dans l'aine droite. Au bout de deux heures survinrent des vomissements alimentaires d'abord, bilieux ensuite, qui ne discontinuèrent pas jusqu'au soir.

Un médecin, appelé dans la soirée, essaya, pendant une demi heure, de faire rentrer la tumeur, qui s'était formée au pli de l'aine, et qui avait le volume d'un œuf de poule. Ces tentatives, faites avec ménagement et sans chloroforme, ne furent pas suivies de succès. Comme depuis l'accident le malade n'avait pas eu de garde-robe et n'avait pas rendu de gaz, il fut ordonné un lavement purgatif.

Aucune amélioration ne s'étant produite dans la journée du 10, le malade fut amené à l'hôpital, le 11 novembre, à midi.

A ce moment, on ne constate rien d'apparent à la vue, mais on trouve, au niveau de l'orifice interne du canal inguinal droit, une petite tumeur du volume d'une noix, aplatie et très douloureuse au toucher. Le doigt s'engage librement dans la partie inférieure du canal inguinal et sent la tumeur.

L'abdomen présente un peu de météorisme; il est douloureux au toucher, surtout dans les fosses iliaques et à l'ombilic. Le facies est grippé; la température périphérique abaissée; le pouls petit, faible, fréquent, environ 140 par minute. Les vomissements sont bilieux et très fréquents; le malade se plaint de violentes coliques, et, depuis le moment de l'accident, il n'a pu avaler le moindre liquide sans vomir.

Bain tiède. Taxis modéré, à 7 heures de l'après-midi, par l'interne du service, qui fait maintenir les cuisses fléchies sur l'abdomen.

Les accidents (vomissements, absence de garde-robe) continuent, et on vient me chercher à neuf heures du soir.

Je constate l'état du malade décrit plus haut, mais l'exploration minutieuse, l'introduction du doigt dans le canal inguinal ne me permettent pas de reconnaître la présence d'une tumeur quelconque au niveau de la région.

Je suis seulement frappé de la situation du testicule droit, qui est pour ainsi dire appliqué contre l'orifice externe du canal inguinal. Le malade me raconte, ce qui, du reste, me fut confirmé depuis par son père, que ce testicule n'était apparu au dehors que depuis cinq à six mois. Son volume est normal, et il ne semble exister aucune atrophie.

L'absence de toute tumeur appréciable, la persistance des accidents caractéristiques de l'étranglement, me firent songer à la possibilité d'une réduction en masse, et je me décidai à pratiquer la laparotomie.

L'opération fut faite dans la salle sans l'emploi de la méthode de Lister.

Une incision de 9 centimètres est pratiquée sur la ligne médiane, et descend jusqu'à 2 centimètres du pubis sans intéresser aucun vaisseau; cette incision est pour ainsi dire faite à blanc. En incisant le feuillet pariétal du péritoine, il s'écoule quelques cuillerées de sérosité louche, et on voit les anses intestinales distendues par des gaz, d'une coloration rouge violacée; sur l'une d'elles, on voit une fausse membrane de la dimension d'une pièce de 1 franc.

Je porte immédiatement le doigt vers l'orifice interne du canal inguinal droit, et je constate la présence, dans cet orifice, d'une anse intestinale complète, aplatie, engagée très peu dans le trajet inguinal. L'agent de l'étranglement est manifestement le repli falciforme qui circonscrit à l'état normal la moitié postérieure et interne de l'orifice. Avec le doigt et les ciseaux fermés je cherche à déchirer la bride formée par ce repli, qui s'élargit sans se rompre. Le doigt, porté ensuite vers l'anse d'intestin, constate l'existence au côté externe d'adhérences qui cèdent avec la plus grande facilité, et l'anse est dégagée.

Le chloroforme est un instant suspendu. Il était survenu, sous l'influence des efforts des vomissements, la sortie d'une portion assez notable d'intestin grêle, qui fut refoulée immédiatement dans la cavité abdominale et maintenue avec des serviettes chaudes. Les anses étaient également rouges et présentaient en différents points des fausses membranes.

Je place deux points de suture profonde avec du fil ordinaire et onze points superficiels.

Le pansement consis'e dans l'application d'un linge fenêtré trempé dans l'acide phénique. Le ventre est recouvert d'une couche épaisse d'ouate, maintenue par un bandage de corps.

A la fin de l'opération, le pouls s'était un peu relevé. Température, à 10 heures, 39°. A minuit, 38°,8.

La nuit se passe sans vomissements; le malade dort par intervalle.

12 *novembre.* — Les douleurs ont notablement diminué, les vomissements disparu ; le malade se plaint encore de quelques coliques.

T. ax., 38°,8; pouls, 132.

Le soir, le malade a un peu de délire, que l'interne du service pense être du délire d'inanition.

T. ax, 40°,2; pouls, 116. Opium.

13 *novembre.*— Le délire a cessé. Le matin, nous trouvons la température à 37°,8, le pouls à 80. Le malade n'a pas eu de garde-robe, mais a rendu des gaz par l'anus. Je change l'ouate du pansement. Le ventre est complètement affaissé ; la langue bonne; le malade prend quelques aliments.

Le soir, T. 38°,4; pouls, 88°. Opium.

14.—Le pansement est complètement renouvelé. La plaie est un peu blafarde; en enlevant un point de suture superficiel, je constate que les bords de la plaie ne sont pas réunis, et que les bords de l'incision sont douloureux au toucher.

T. 38°,4; le soir, 38°8. Opium.

15. —Température, 36°,8, matin et soir. Le malade mange, rend des gaz. Pas encore de garde-robe.

16. — J'enlève les points de la suture profonde. Il s'était formé autour du fil inférieur un abcès de la grosseur d'une petite noix.

T., M., 36°,3.
S., 36°,6.

17. — Température, 36°,8, le matin.
— 36°,4, le soir.

J'enlève le matin des points de suture superficiels. Le soir, un lavement huileux donne la première garde-robe.

18. — Ablation des derniers fils. La réunion est parfaite; le petit abcès se vide et est presque cicatrisé.

20. — L'abcès est guéri. Je maintiens, par précaution, le malade au lit. Toutes les fonctions se font normalement; l'appétit est excellent; les selles régulières.

Le testicule reste toujours appliqué à l'orifice externe du canal, et rentre même à certains moments dans le trajet inguinal.

Discussion.

M. Desprès. Les renseignements donnés, dans l'observation de M. Blum, sur le siège et la nature de l'étranglement ne me paraissent pas suffisamment nets. Un étranglement, présenté comme complet, qui n'exige la section d'aucune bride, peut faire naître des doutes sur sa réalité. Les accidents auraient peut-être cessé sans opération et tout serait rentré dans l'ordre. En 1860, pendant que j'étais interne de Nélaton, je reçus un jeune homme atteint d'une hernie étranglée ; je réduisis, et malgré cela les phénomènes de l'étranglement persistèrent. Le lendemain, Nélaton fit l'incision et détrusit quelques adhérences, mais il n'eut pas à couper ou à déchirer

quelque bride ou le collet d'un sac. La hernie n'avait pas été réduite en masse, et les phénomènes, qui simulaient un étranglement, se seraient dissipés d'eux-mêmes quelques heures plus tard. Néanmoins, le malade a guéri. Je trouve que la laparotomie n'est pas justifiée tant qu'on n'a pas fait un diagnostic précis.

M. Gillette. M. Blum a levé un étranglement et il a dégagé une anse intestinale, cela n'est pas douteux. Avant l'opération, son malade était dans de très mauvaises conditions, et, si on eût attendu, la péritonite, qui s'était déjà déclarée, aurait suivi sa marche fatale. M. Blum a donc bien fait de ne pas temporiser. Il a pratiqué la laparotomie, plutôt que l'incision inguinale, parce qu'il ne sentait rien dans la région inguinale qui pût le guider pour faire l'incision dans cette région.

Élection.

La Société nomme une commission pour examiner les titres des candidats aux places de membres correspondants nationaux.

Les noms qui obtiennent la majorité sont ceux de MM. Delens, Houel, Terrillon et Verneuil. M. Horteloup, secrétaire général, fait partie de droit de cette commission.

Communication

INUTILITÉ ET DANGERS DU TRAITEMENT PHARMACEUTIQUE ET TOPIQUE DANS L'ÉPITHÉLIOMA LINGUAL

par M. Verneuil.

Messieurs, il y a deux manières de perfectionner la thérapeutique, c'est de dire ce qu'il faut faire d'une part, et, d'autre part, d'indiquer ce dont il faut s'abstenir. Arrivé à une époque où j'ai beaucoup vu et essayé bien des traitements, je suis en mesure de critiquer, en connaissance de cause, certaines pratiques que je crois mauvaises. Déjà, l'année dernière, je me suis élevé avec vigueur contre la mobilisation malencontreuse dans les maladies articulaires. Aujourd'hui je viens vous parler contre certains traitements encore plus funestes. Plus tard, j'attaquerai d'autres erreurs, car malheureusement les erreurs ne sont pas rares dans la pratique chirurgicale. Comme la Société de chirurgie jouit d'une grande faveur parmi le public médical, et comme ses discussions ont un grand

retentissement, je choisis de préférence cette tribune pour combattre ce qui me paraît nuisible aux malades. Mes paroles ne s'adressent pas à mes collègues de la Société de chirurgie, mais elles s'adressent à tous les praticiens.

Aujourd'hui je viens vous eutretenir du traitement médical de l'épithélioma de la langue.

Il a souvent été question de l'épithélioma de la langue dans le sein de la Société de chirurgie. On a souvent discuté les méthodes et les procédés à employer pour son ablation ; on s'est occupé des indications et des contre-indications de cette opération; mais jamais il n'a été question du traitement médical ou topique de cette affection. La raison en est simple : c'est que personne parmi nous ne l'emploie; c'est que nous avons la persuasion que le traitement médical ne réussit jamais, et que, lorsqu'il est couronné de succès, on n'avait pas affaire à un épithélioma. Malheureusement l'immense majorité des praticiens ne partagent pas cette opinion. Je n'ai presque jamais vu de malades atteints d'épithélioma lingual qui n'eussent déjà subi un traitement par l'iodure de potassium et souvent par le mercure. En outre, les malades nous racontent toujours que leur médecin a touché l'ulcération de la langue avec un caustique quelconque, liquide ou solide, sans oublier le célèbre chlorate de potasse.

Au début de ma pratique, j'ai fait, sur la foi des autres, ce que je condamne aujourd'hui.

Puisque cette pratique est inefficace et nuisible, pourquoi est-elle aussi répandue et aussi tenace ? En voici, je crois, les motifs : 1° On croit généralement que l'iodure de potassium est un bon médicament contre les néoplasmes ; 2° on sait que la langue est parfois le siège de manifestations syphilitiques justiciables du mercure ou de l'iodure de potassium, et comme on connaît mal la syphilis linguale et plus mal encore l'épithélioma lingual au début, on administre le traitement spécifique avec l'espérance que le médicament reconnaîtra les siens ; 3° on donne des médicaments internes pour faire quelque chose, pour ne pas alarmer le malade en lui annonçant la nécessité d'une opération, et on ne parle pas de cette opération parce qu'on ne sait pas ou qu'on n'ose pas la faire. On croit, d'ailleurs, qu'on aura toujours le temps de recourir au chirurgien; 4° on vit dans l'idée que la cautérisation est bonne contre les ulcérations, et alors on tourmente les ulcérations de la langue avec les caustiques; mais on oublie que cette méthode n'a d'efficacité que lorsqu'elle est destructive et non simplement modificatrice ; 5° enfin, si on se fait peu d'illusion sur la valeur curative des médicaments et des cautérisations, on croit que ces moyens sont innocents.

Or, toutes ces raisons me paraissent mauvaises et je vais les combattre successivement.

C'est une grosse erreur que de croire à l'efficacité de l'iodure de potassium dans les néoplasmes vrais. S'il est actif dans les manifestations syphilitiques tertiaires, dans les pseudoplasmes scrofuleux, dans les inflammations chroniques, il ne produit aucune amélioration dans l'épithélioma avéré des lèvres, du col de l'utérus, ni dans le cancer bien reconnu de la mamelle, de l'œil, des os.

Certains organes sont exposés à être affectés d'une maladie syphilitique et d'un néoplasme épithélial ou cancéreux : tels sont le rectum, le pénis, le testicule, la langue. C'est dans ces cas que la médication spécifique réussit quelquefois. On triomphe alors de ce que, au lieu d'opérer, on a guéri par des moyens médicaux. Mais de ce qu'on peut confondre, dans certains organes, une affection syphilitique avec un épithélioma ou un cancer, est-ce une raison pour administrer un traitement médical dans tous les cas ? Évidemment non. Il faut faire un bon diagnostic et appliquer avec discernement le traitement qui convient à l'un et à l'autre cas. A la langue, en particulier, le diagnostic de l'épithélioma n'est pas difficile. Il y avait, autrefois, un embarras réel dans le cas de *glossite tertiaire;* mais depuis les récents travaux de M. A. Fournier, les glossites tertiaires sont tellement connues qu'on ne peut plus faire d'erreur de diagnostic. Il y a des cas hybrides, c'est-à-dire des cas dans lesquels l'épithélioma existe chez un ancien syphilitique. La syphilis modifie sans doute les caractères objectifs de l'épithélioma, mais peu importe à la pratique, car la marche, la terminaison et le pronostic de ces cas hybrides sont ceux de l'épithélioma. Le traitement doit donc être aussi celui de l'épithélioma. En somme, le diagnostic étant facile dans l'immense majorité des cas, il faut perdre l'habitude de donner l'iodure de potassium et le mercure dans les affections épithéliomateuses de la langue.

Quelquefois les praticiens ont peur d'effrayer les malades et ne veulent pas leur parler d'une opération. Mais il faut bien savoir que la crainte de troubler le repos des malades fait que les dangers qu'ils courent, sont décuplés. L'épithélioma de la langue est un épithélioma grave, comme tous les épithéliomas qui envahissent les muqueuses. Cependant nous en avons tous guéri, lorsque nous avons pu les opérer à temps. J'ai, pour ma part, quatre cas de guérison complète. Chez trois malades, l'épithélioma n'avait que la largeur de l'ongle et était peu profond. Chez le quatrième, l'épithélioma avait récidivé et il y avait un ganglion dégénéré, néanmoins la guérison est restée définitive. Mais lorsque plus du tiers de la langue a été envahi, quand le plancher de la bouche est pris, quand les ganglions sont dégénérés, quand la maladie dure depuis

plus d'un an, le cas devient déplorablement grave. L'opération eût été efficace à cette époque précoce où les médecins administrent des médicaments, mais elle n'offre plus de chance de succès à l'époque tardive où les malades viennent nous consulter.

L'opération de l'épithélioma de la langue n'est pas grave, lorsqu'on peut la faire par les voies naturelles, lorsque la maladie est récente et bien limitée. Sur 200 opérations environ, faites dans ces conditions, je n'ai perdu qu'un seul malade, et encore, chez cet opéré, la mort ne fut pas due à l'action chirurgicale, mais à une pneumonie.

Quant à la difficulté de l'opération, elle est très minime au début du mal, lorsqu'il ne s'agit que d'une petite plaque indurée ou d'une ulcération limitée. On a le choix entre les divers moyens d'exérèse non sanglante, tels que l'écraseur, le thermocautère et la ligature élastique. On peut, d'ailleurs, administrer le chloroforme comme pour d'autres opérations. La difficulté opératoire s'accroît, il est vrai, rapidement avec les progrès du mal ; mais, le plus souvent, il y a une longue période pendant laquelle un praticien, même peu rompu à la chirurgie, peut agir avec succès. En parlant ainsi, je ne fais pas une plaidoirie *pro domo meâ;* je trahis, au contraire, les intérêts des chirurgiens de profession en recommandant l'opération le plus tôt possible, et en affirmant qu'elle peut être faite par tous les médecins à une époque, où elle est sans danger et où elle réussit généralement.

C'est une grosse erreur de dire que si le traitement médical est inefficace, il est au moins innocent. Les essais de traitement médical ont quelquefois singulièrement aggravé la marche du mal. En ajournant l'ablation, ils ont fait perdre un temps précieux. Je vais plus loin et je prétends que l'iodure de potassium détermine souvent une stomatite, qui est très pénible, et qui ne se guérit plus ; que le mercure donne un coup de fouet à l'épithélioma et aux engorgements ganglionnaires consécutifs. Maintes fois j'ai vu des malades encore très opérables, auxquels j'avais conseillé l'opération sans délai, aller trouver un médecin qui prescrivait un traitement interne. En quelques semaines les progrès de l'épithélioma avaient été si rapides, que l'opération n'était plus praticable.

Ce que j'ai dit de l'iodure de potassium et du mercure, je le dirai du chlorate de potasse. Ce médicament ne peut pas guérir l'épithélioma de la langue, pas plus qu'il ne guérit l'épithélioma du col utérin. Le chlorate de potasse guérit quelquefois les ulcérations des adénomes sudoripares ; hormis ces cas n'ayez aucune confiance en lui.

Enfin, je n'ai pas besoin d'insister sur les effets désastreux des

cautérisations superficielles et réitérées dans les épithéliomas et les cancers.

Mais, dernier argument, si le malade refuse l'opération ou si celle-ci n'est pas praticable, ne faut-il pas faire un traitement interne? Dans ce cas, votre responsabilité est à couvert, et vous pouvez faire comme Pilate, vous laver les mains de ce qui arrivera. Mais si vous faites un traitement interne, au moins ne faites pas un traitement nuisible.

Mes conclusions sont :

1° Les traitements internes et les applications topiques n'ont jamais guéri un épithélioma de la langue. Le mercure et l'iodure de potassium sont non seulement impuissants, mais encore nuisibles;

2° L'opération seule est indiquée. Pratiquée de très bonne heure, quand l'épithélioma est limité, elle est efficace, peu grave et assez facile.

Lectures.

Sur l'opération du genu valgum,

par M. BEAUREGARD, du Havre.

Commission : MM. Le Dentu, Terrillon, Berger.

Ablation ancienne du maxillaire supérieur ; large perte de substance des parties molles de la joue par défaut de réunion primitive; autoplastie; guérison,

par M. BOUILLY.

Commission : MM. Trélat, Lannelongue, Périer.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 17 novembre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires de Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*, le *Marseille médical*, les *Annales de gynécologie*, le *Lyon médical*, le *Bulletin général de thérapeutique*, le *Journal de médecine et de chirurgie*, la *Gazette obstétricale*, le *Journal de thérapeutique* de Gubler, la *Revue mensuelle ;*

3° La *Gazette médicale italienne-lombarde*, le *British medical;*

4° *Deux opérations de la cure dite radicale des hernies inguinales non étranglées*, adressées par M. Jacques Reverdin, de Genève, membre correspondant (lecture en sera donnée dans une prochaine séance) ;

5° *Traitement radical des hernies*, par le professeur Tilanus, d'Amsterdam, membre correspondant étranger ;

6° *Observation d'ovariotomie*, par le Dr Roger, de Hédé (rapporteur, M. Périer) ;

7° *Hygiène de la vue des nouveau-nés*, par le Dr Brière, du Havre ;

8° Mémoires et bulletins de la société de médecine et de chirurgie de Bordeaux.

A l'occasion du procès-verbal.

Discussion sur le traitement de l'épithélioma lingual.

M. Th. Anger. Je remercie M. Verneuil d'avoir soutenu, avec sa haute expérience, une opinion que j'avais déjà défendue dans ma thèse d'agrégation sur le *traitement du cancer de la langue*. J'ai réuni environ 260 observations et, dans un grand nombre d'entre elles, j'ai trouvé que le cancer de la langue était aggravé à la suite de l'administration de l'iodure de potassium et surtout du mer-

cure. Le mercure est toujours, dans ces cas, beaucoup plus nuisible que l'iodure de potassium.

Quant à la facilité du diagnostic de l'épithélioma lingual, je ne crois pas qu'elle soit aussi grande que M. Verneuil l'a dit. Dans les cas douteux, il faut enlever une petite parcelle de la tumeur et l'examiner au microscope.

Comme traitement local, j'ai employé quelquefois des injections interstitielles d'acide salycilique. Ces injections ne sont pas douloureuses et ne produisent pas d'inflammation ; elles calment, au contraire, les douleurs et, en particulier, la doulcur sympathique de l'oreille ; elles paraissent même arrêter la marche de la maladie.

M. Delens. Je désire confirmer le fait que l'opération hâtive d'un épithélioma lingual peut donner une guérison durable. Sur 5 ablations que j'ai pratiquées avec la ligature élastique, j'ai constaté une fois qu'il n'y avait pas eu de récidive ; c'était un malade, opéré en 1876, et qui est resté complètement guéri.

M. Desprès. Le diagnostic est loin d'être aussi facile que M. Verneuil l'a dit. Il y a encore des contestations entre le psoriasis lingual et l'épithélioma, qui ressemble au psoriasis. Il y a des ulcérations de la langue, que l'on a mis à tort sur le compte de la syphilis, et qui ne sont pas non plus des cancroïdes. J'ai actuellement dans mon service une femme, de 60 ans, qui porte sur la langue une ulcération qui a les caractères d'un cancroïde ou d'une ulcération syphilitique. Cette femme présente encore sur la peau des jambes et des bras des cicatrices d'ecthyma. Eh bien, il ne s'agit là ni d'une syphilis, ni d'un cancroïde. Cette femme a pour métier de broder avec des fils de soie, et elle a l'habitude de tenir dans la bouche, en contact avec le bout de la langue, le fil dont elle se sert. Or ces fils sont teints en vert de Scheele ou en rouge d'aniline, et l'ulcération de la langue n'était autre qu'une ulcération produite par l'arsenic contenu dans ces couleurs.

Dans les cas où le diagnostic d'une ulcération linguale me paraît douteux, je fais une légère cautérisation avec le nitrate d'argent. Si, au bout de quelques jours, l'ulcération s'est modifiée favorablement, je suis sûr que je n'ai pas affaire à un cancroïde. C'est là un moyen de diagnostic qu'il ne faut pas négliger.

Lorsque, après une opération d'épithélioma lingual, la guérison persiste pendant dix ans et davantage, j'affirme que l'on avait affaire à un simple psoriasis. L'épithélioma de la langue récidive toujours dans un laps de deux années. Je tiens à constater que M. Anger a dit, dans sa thèse, que le mercure n'avait jamais fait que du mal.

M. Terrillon. Chez deux malades, chez lesquels j'ai fait l'ablation d'un cancer de la langue par la voie sus-hyoïdienne, il n'y avait aucune apparence de dégénérescence ganglionnaire. Cependant, après l'ablation, j'ai trouvé de petits ganglions indurés, manifestement cancéreux, dont on ne pouvait soupçonner l'altération avant l'opération. Il est bon de connaître ce fait pour se rendre compte de la fréquence des récidives.

M. Verneuil. Je continue à maintenir que le diagnostic de l'épithélioma lingual est habituellement facile. Il n'y a que les accidents syphilitiques qui puissent être confondus avec lui. M. Desprès commet une erreur quand il dit que l'on opère des psoriaris pour des cancroïdes. Jamais nous n'opérons de simples psoriasis. On ne dira pas qu'on peut confondre un épithélioma des lèvres avec un psoriasis ; or quel est le chirurgien qui n'a pas obtenu la guérison d'un de ces épithéliomas de la lèvre en l'opérant largement et de bonne heure ? Il en est de même pour l'épithélioma de la langue.

Rapport.

Ovariotomie pour un kyste uniloculaire ayant renfermé 48 litres de liquide ; pédicule perdu ; pansement de Lister ; réunion immédiate ; guérison, par le Dr Bonnes, de Nîmes.

Rapport verbal par M. Polaillon.

Messieurs, vous m'avez chargé de vous rendre compte d'une observation d'ovariotomie, adressée à la Société par le Dr Bonnes, de Nîmes ; je viens m'acquitter de ma mission en quelques mots. L'opération de notre confrère s'est terminée par la guérison, et apporte un succès de plus à l'actif des succès très nombreux de l'ovariotomie. Le kyste avait tellement distendu les parois abdominales, que celles-ci tombaient jusqu'au niveau des genoux. Il en résulta des difficultés pour faire l'incision abdominale entre le pubis et l'ombilic, qui était fort abaissé ; aussi l'opérateur fit-il l'incision entre le sternum et l'ombilic. Cette *incision sus-ombilicale* est le point remarquable de l'opération. Elle a permis d'arriver commodément jusqu'au pédicule et de terminer heureusement l'opération. En raison de cette particularité, je vous propose de publier l'observation de M. Bonnes dans nos Bulletins et d'inscrire son auteur sur la liste des candidats au titre de membre correspondant.

M. Terrier. M. Bonnes, au dire du rapporteur, avait retiré par la ponction 48 litres de liquide. Je tiens à faire remarquer que la soustraction de cette énorme quantité de liquide produit aussi une soustraction d'une énorme quantité de chaleur. C'est donc une mauvaise condition pour l'opération. De plus, l'incision sus-ombilicale mène beaucoup plus loin de la cavité du bassin. Je désirerais avoir l'opinion de M. Polaillon sur la valeur de ce procédé.

M. Polaillon. N'ayant pas vu la malade de M. Bonnes, je ne sais si j'aurais adopté l'incision sus-ombilicale. Tout ce que je puis dire, c'est que M. Bonnes a préféré cette incision en raison des difficultés qu'il éprouvait à faire relever les parois abdominales pendant l'opération. Dans ce cas particulier, l'incision sus-ombilicale a donné un bon résultat et a permis d'arriver facilement sur le pédicule de la tumeur.

Les conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Observation de M. Bonnes.

Madame Vidal, 41 ans, bonne constitution, beaucoup d'embonpoint, bien réglée, a eu 4 enfants dont deux jumeaux, il y a 5 ans.

En janvier 1880, 1er examen. Ventre énorme. La partie la plus déclive arrive jusqu'aux genoux. Peau dure, épaissie. La malade fait remonter le début de la maladie à 8 ans.

En février, première ponction ; 48 litres de liquide clair, citrin. Après l'évacuation, il y a tellement de peau qu'il est impossible de maintenir par un bandage ces masses mobiles et glissantes. Pas d'accident.

Au mois de mai, le ventre a grossi et madame V... demande et insiste pour l'opération de l'ovariotomie.

Le 9 juin, *opération*. —Chloroformisation. Pulvérisation d'eau phéniquée. La peau du ventre tombe tellement sur les cuisses que je renonce à l'inciser au lieu classique, entre le pubis et le nombril. Il me fallait deux aides pour refouler en haut cette masse abdominale fort lourde, et puis j'étais préoccupé du manque de parallélisme qui devait survenir, après l'extirpation du kyste, entre les sutures superficielles et profondes. De plus la surveillance de la plaie deviendrait difficile. Je me décide à faire l'incision entre l'ombilic et le sternum. Incision de 9 centimètres. Presque pas d'hémorragie. Adhérences du péritoine et du kyste dans une grande étendue. Les parois de celui-ci sont tellement amincies que je crois, au premier abord, que le liquide, qui s'échappe, vient de la cavité péritonéale. Impossibilité de placer le trocart. Liquide clair, citrin. Les parois du kyste deviennent très épaisses à mesure que je fais l'extraction. Presque pas de sang, application de 5 pinces hémostatiques.

L'ovaire gauche, sur lequel le kyste est implanté, est parsemé de

petits kystes. Il y en a 12, la plupart comme des pois, deux comme des noisettes, remplis de sang.

Ovaire droit sain.

Je fais la ligature entre l'ovaire et l'utérus avec un fil de soie très fort et j'enlève la masse. Décidé à tenter la ligature perdue, je place au-dessous du fil de soie un fil de catgut n° 3 et j'enlève le fil de soie.

Toilette du péritoine. Suture profonde avec des fils d'argent en dehors du péritoine. Suture superficielle entortillée avec épingles et fils de soie.

L'opération a duré deux heures; il a fallu suspendre un moment la chloroformisation à cause de l'asphyxie.

Pansement de Lister appliqué dans toute sa rigueur. Bandelettes de diachylon pour resserrer les parois abdominales. Bandage de corps.

Diète pendant deux jours. Eau fraîche pour calmer la soif. Les trois premiers jours, douleurs abdominales, ballonnement du ventre modéré; un peu de fièvre. Aucun autre accident.

Le 3e jour, café au lait, puis bouillon, eau vineuse. Lavements pour combattre la constipation. Cathétérisme de la vessie toutes les 3 ou 4 heures.

Le 6e jour je défais le pansement; pas d'inflammation, la peau se réunit par première intention. Application de collodion avec cordonnets pour maintenir la réunion. Enlèvement de 5 épingles. Même pansement de Lister.

Le 8e jour, j'enlève les trois dernières épingles. Insignifiante suppuration au niveau de l'ombilic qui a été compris dans l'incision.

Au bout de 15 jours, tout est terminé.

Trois mois après, la malade est en parfaite santé.

DISCUSSION SUR LA LAPAROTOMIE (*Suite*).

M. Berger. Il me reste à vous faire part des réflexions que m'ont suggérées les longues, les trop longues observations que je vous ai communiquées dans la séance précédente.

La première a trait au diagnostic de la nature et du siège de l'obstacle. Celui-ci, bien souvent, est possible. Ainsi, dans les deux derniers faits que j'ai publiés, on a pu rapporter les accidents à l'étranglement de l'intestin grêle, produit par une bride ou une torsion de l'intestin sur lui-même. Mais il n'est pas toujours aisé. J'en donnerai pour exemple la première de mes observations, où MM. Périer, Gosselin et moi, nous crûmes à un étranglement véritable, tandis qu'il s'agissait d'un cancer, alors que le médecin du service déclarait que si, dans ce cas, nous avions affaire à un cancer de l'intestin, le diagnostic de la nature de l'obstacle n'était plus

possible. Antécédents nuls ou obscurs, début brusque, marche rapide des accidents, état général rappelant l'étranglement herniaire, tout devait nous induire en erreur. Et pourtant M. Trélat avait penché pour une lésion organique, se fondant, comme il vous l'a dit, sur le siège de l'obstacle qui portait manifestement sur la partie inférieure et gauche du gros intestin. Quelle valeur néanmoins accorder à ce caractère? L'intéressante observation de M. Trélat nous le montre; il s'agissait là d'un étranglement véritable, et c'était l'S iliaque du colon qui en était le siège. M. Trélat crut, dans ce cas, à un étranglement interne et non à un cancer, et l'événement justifia sa manière de voir, en prouvant, à mon avis, l'impossibilité où l'on est encore d'assigner une valeur séméiologique constante aux phénomènes observés, quand il s'agit de reconnaître la nature anatomique d'une occlusion intestinale.

L'indication thérapeutique doit donc parfois rester douteuse. Il est des cas bien évidents d'étranglement interne ou de valvules où la gastrotomie est la seule ressource efficace; il est des cas de cancer avéré où l'opération palliative, l'anus contre nature inguinal ou la colotomie lombaire, peut seule prolonger la vie du malade. Mais, dans ces cas obscurs, où l'on ne peut déterminer avec certitude quelle est la nature de l'obstacle, mieux vaut encore adopter la jurisprudence établie par M. Gosselin dans notre première observation: entre la gastrotomie qui peut assurer la guérison complète d'un malade atteint d'étranglement interne, et l'établissement d'un anus contre nature d'emblée qui soulagera momentanément un cancéreux perdu à brève échéance, c'est pour la première opération que doit pencher la balance.

M. Trélat insiste avec raison sur les déplorables conditions où sont la plupart des malades chez lesquels on pratique la laparotomie et chez lesquels, pendant 6, 8, 10 ou 12 jours, on a voulu épuiser toutes les ressources du traitement médical. Si, dans l'opération de la hernie étranglée, on admettait de semblables délais, quels succès pourrait-on en recueillir? Les statistiques, sur ce point, sont éloquentes, et, pour ne citer que les quelques faits qui me sont propres, de tous les malades atteints de hernie étranglée, que j'ai opérés dans les 36 premières heures, un seul a succombé, et il présentait, au moment de l'opération, une gangrène de l'intestin. De tous ceux que j'ai opérés après 3 jours d'étranglement révolus, un seul a survécu. Il importerait donc de pouvoir distinguer, dès l'abord, quand on a affaire à un étranglement interne, si l'on est en présence d'un cas à marche aiguë, rapide, ne pouvant céder qu'à l'opération; ou s'il s'agit d'un étranglement interne peu serré, qui laisse au chirurgien le temps de recourir à tous les moyens moins graves: purgatifs, lavements forcés, électricité et

autres. Mais cette distinction si désirable ne me paraît pas pouvoir être faite en pratique; témoin le malade de ma dernière observation : les accidents étaient modérés, peu de ballonnement du ventre, peu de douleur, point de vomissement. Néanmoins l'opération, faite le 6e jour, nous fit trouver un intestin déjà gangrené. Et c'est ce que pouvait faire prévoir l'étude des étranglements herniaires ; on sait que les phénomènes généraux n'y sont point en rapport avec l'intensité de la constriction, et que l'on voit de petites hernies crurales arriver, en deux ou trois jours, à la gangrène sans que le malade accuse de souffrance vive ou même de malaise notable.

Que faire donc ? opérer de bonne heure dans tous les cas d'étranglement interne. Mais les faits abondent où tous les accidents ont fini par disparaître à la suite d'un traitement médical suivi avec obstination; et, pour n'en citer qu'un, n'avons-nous pas vu, MM. Périer, Duguet et moi, un jeune malade sur lequel la gastrotomie devait être pratiquée le matin même du jour où l'électrisation de l'intestin, longtemps infructueuse, finit par amener l'issue de quelques gaz. On attendit et, quelques semaines après, le malade quittait l'hôpital Saint-Antoine, guéri sans opération.

On ne saurait actuellement appliquer aux étranglements internes la règle de conduite adoptée pour les étranglements herniaires. L'opération de la gastrotomie n'est pas assimilable au débridement d'une hernie; les quelques faits, qui ont été publiés ici, en font foi ; et cela tient surtout aux circonstances déplorables où se pratique l'ouverture du ventre.

Aucune des conditions si minutieusement réglées, si scrupuleusement observées dans la pratique de l'ovariotomie n'est réalisée. Le malade est amené dans l'amphithéâtre mal chauffé d'un hôpital, sortant directement d'une salle infectée, d'où viennent aussi les linges, les serviettes, les pièces de pansement, les aides, le chirurgien lui-même. En l'absence de local et de matériel convenables, dans la presse où l'on opère souvent, les précautions antiseptiques sont insuffisantes, c'est-à-dire nulles, car, pour être efficaces, elles doivent être complètes.

Si même on n'ajoutait qu'une mince valeur à l'influence de la méthode antiseptique sur le résultat des opérations, le manuel de l'opération lui-même suffirait à expliquer la léthalité qui lui fait suite.

À peine la paroi abdominale est-elle incisée, que l'intestin tend à se présenter au dehors ; sa pression contre la paroi est telle que la main, introduite avec peine dans le ventre, ne peut distinguer l'obstacle, à plus forte raison ne peut-on le mettre à découvert pour le supprimer. Il faudrait évacuer le contenu du tube digestif.

On a la ponction aspiratice. Mais nos observations montrent quelle ressource illusoire elle nous offre ; pourtant ce moyen dangereux en lui-même, ne saurait avoir d'autre raison d'être que son efficacité. Il faut donc sortir l'intestin, le laisser exposé à l'air ou recouvert par des linges, qui bientôt sont entièrement refroidis pendant une heure et plus; lorsqu'on veut le réintroduire dans le ventre, souillé de tout ce que les doigts du chirurgien ou les hasards de l'opération peuvent avoir déposé à sa surface, sa tension extrême s'y oppose; il faut souvent avoir recours à une violence relative, et, lorsqu'on a réussi, la pression qu'il exerce contre les parois, compromet encore l'affrontement des lèvres de la plaie et la suture.

Quelque persuadé que l'on soit que c'est dans l'opération de la gastrotomie, pratiquée de bonne heure, que se trouve l'avenir de la thérapeutique pour les étranglements internes, il faut reconnaître que pratiquer cette opération, comme on est contraint de la pratiquer aujourd'hui, c'est souvent compromettre la chirurgie. Cette conviction où nous sommes, que pour pratiquer avec chances de succès la gastrotomie, il faut se mettre dans des conditions d'antisepsie rigoureuse; qu'il est nécessaire, pour y arriver, de ne point faire sortir l'intestin du ventre; qu'il est, dès lors, nécessaire d'évacuer son contenu pour diminuer la pression intra-abdominale, et permettre les recherches ; cette opinion a conduit notre collègue, M. Périer, à proposer une modification opératoire qu'il va vous exposer lui-même.

M. Sée. Dans sa communication faite il y a 15 jours, M. Trélat a surtout insisté sur le diagnostic et le traitement de l'étranglement interne. Voici une observation qui vient à l'appui de sa manière de voir :

Occlusion intestinale.—Cancer de l'S iliaque.—Anus contre nature.

Madame G..., âgée de 41 ans, ouvrière en porte-monnaie, est entrée le 27 octobre 1880, à la Maison municipale de Santé, pour des accidents d'occlusion intestinale.

C'est une femme d'une taille moyenne, d'apparence peu robuste, mais jouissant habituellement d'une bonne santé. Elle a eu deux enfants à 20 et 22 ans. Ses couches ont été normales et n'ont provoqué aucun accident du côté de l'abdomen. Depuis trois mois environ, Madame G... a un peu maigri, sans cause apparente. Comme la plupart des femmes, elle est ordinairement constipée, et fait souvent usage de lavements et de laxatifs. Jamais elle n'a eu d'écoulement sanguin ni purulent par l'anus.

Au commencement du mois d'octobre, madame G... fut prise d'une constipation opiniâtre, contre laquelle échouèrent tous les moyens mis en usage ; pendant huit jours, elle n'expulsa ni gaz ni matières fécales; le ventre se ballonna et il survint des vomissements, d'abord

alimentaires, puis bilieux et même fécaloïdes. Le 9e jour, l'injection d'un siphon d'eau de Seltz fut suivie d'une garde-robe et dès lors tout rentra dans l'ordre. Madame G... put reprendre son travail.

Mais, au bout de quinze jours à peine, la constipation revint plus rebelle que jamais; lavements purgatifs, drastiques, injections rectales de toute nature, rien n'y fit.

Après quelques jours de traitement, la malade se décida, sur le conseil de son médecin, à entrer à la Maison de Santé.

Elle avait alors la face grippée, le pouls petit, des nausées continuelles, le ventre ballonné, mais non douloureux à la pression. Plusieurs fois déjà elle avait vomi des matières bilieuses. Sous la paroi abdominale, assez mince, on distinguait des anses intestinales distendues par des gaz, et ces anses appartenaient à l'intestin grêle et au gros intestin. La percussion donnait partout le même son tympanique et la palpation ne permettait de découvrir en aucun point une consistance plus dure, indiquant la présence d'une tumeur. Mouvements vermiculaires des anses intestinales distendues, légères coliques.

Il n'existe de hernie nulle part et le doigt introduit dans le rectum ne rencontre aucun obstacle; il permet de constater que la matrice est en rétroversion, mais peut se redresser facilement. Une sonde œsophagienne guidée par ce doigt est arrêtée à 12 centimètres de profondeur, sans qu'il soit possible de la faire pénétrer plus loin. Ce fait, qui est assez fréquent, ne doit pas faire croire à l'existence d'un rétrécissement: il s'explique par la dilatation excentrique qu'a subie le gros intestin, d'où il résulte que son ouverture de communication avec les parties supérieurs, située en arrière, se trouve en dehors du chemin parcouru par le bec de la sonde. Ce qui le prouve, c'est qu'on réussit souvent à pénétrer dans l'S iliaque en faisant suivre à l'instrument la paroi postérieure du canal, ou en le dirigeant avec quatre doigts ou la main tout entière, introduits profondément dans le rectum, comme je l'ai fait le lendemain, après avoir anesthésié la malade.

Je fais donner un lavement avec 30 grammes d'huile de ricin et deux gouttes d'huile de croton, lequel n'amène aucun résultat.

A la visite du soir, mon interne croit devoir prescrire un purgatif (15 grammes d'eau-de-vie allemande avec autant de sirop de nerprun); il ne réussit qu'à provoquer de violents vomissements, qui se répètent dans la nuit et deviennent bilieux.

28 *octobre*. — J'engage profondément dans l'intestin, comme je l'ai dit plus haut, une sonde œsophagienne, par laquelle je fais pénétrer deux syphons d'eau de Seltz. Le liquide injecté revient presque pur; mais des gaz en grande abondance sont expulsés à la suite du liquide, et le ballonnement du ventre diminue manifestement. Cataplasmes laudanisés sur le ventre.

Le soir, lavement comme ci-dessus. Les vomissements ne se sont pas reproduits; mais toujours absence de garde-robe. Je recommande expressément de ne plus donner de purgatif et ne permets à la malade qu'un peu de lait et des fragments de glace.

29 *octobre*. — Nouveau lavement purgatif; il est rendu avec de pe-

tits fragments de matières fécales. Les expulsions de gaz continuent.

30 *octobre*. — L'amélioration est très sensible ; il n'y a plus eu de vomissement et le ventre a cessé d'être ballonné. Sa paroi antérieure flasque permet d'explorer toutes les régions de la cavité abdominale : nulle part je ne sens de tumeur. La malade prend un peu de bouillon.

31 *octobre*. — Même état. Madame G... demande à manger.

Le lendemain, 1er *novembre*, les accidents reparaissent avec une grande violence, les vomissements se succèdent sans interruption, bilieux d'abord, fécaloïdes ensuite. Le ventre s'est de nouveau météorisé.

2 *novembre*. — (7e jour après l'entrée de la malade.) La nuit a été fort mauvaise ; la malade n'a cessé d'avoir des nausées et de vomir. A la visite, je la trouve froide ; elle a la face grippée, les yeux caves. Absence de pouls radial, température axillaire : 35°. Ventre ballonné.

Vu l'état de collapsus dans lequel la malade est tombée, je me décide à établir un anus contre nature dans la fosse iliaque droite.

L'opération est faite sans chloroforme. J'injecte préalablement un gramme d'éther sous la peau de la poitrine, pour activer un peu la circulation. Le péritoine incisé, une anse intestinale médiocrement distendue se présente dans la plaie. Je la fixe à la paroi abdominale par quatre points de suture, et je l'ouvre dans l'étendue d'un centimètre environ; un flot de matières intestinales liquides, mêlées de gaz, s'échappe immédiatement. Quand l'écoulement est arrêté, je réunis les bords de la plaie de l'intestin à ceux de la plaie cutanée par quatre nouveaux points de suture, et je recommande de réchauffer la malade par des linges chauds, des boules d'eau chaude, des injections d'éther, du vin chaud, du thé au rhum. Rien ne peut la tirer de son collapsus. Le refroidissement se prononce de plus en plus. A cinq heures, le thermomètre mis dans l'aisselle marque 33°. La mort a lieu à 9 heures du soir.

4 *novembre*. — *Autopsie*. — Ayant obtenu, non sans peine, de la famille l'autorisation d'inciser la paroi abdominale pour m'assurer de la nature des lésions, je voulus, avant de mettre les intestins à découvert, faire la laparotomie, telle que j'aurais pu la pratiquer du vivant de la malade, afin de rechercher quel eût été le résultat, au moins immédiat, de l'opération. Je divisai donc la paroi abdominale entre l'ombilic et la symphyse pubienne, et, introduisant ma main droite dans le ventre j'explorai toute la moitié gauche de cette cavité. En palpant les intestins qui se présentaient sous mes doigts, je ne tardai pas à sentir vers la crête iliaque, sur le trajet du canal intestinal, une région indurée, formant une petite tumeur dont le volume ne me parut pas dépasser celui d'une grosse cerise. C'était, à n'en pas douter, la cause des accidents, le reste du tube digestif ne présentant absolument rien d'anormal. Saisissant alors cette tumeur, j'exerçai sur elle des tractions modérées, en vue de l'amener dans l'ouverture de la paroi abdominale ; je ne pus y parvenir : elle était attachée à la fosse iliaque par un méso-colon très court. Il ne me restait plus qu'à fendre en travers la moitié gauche de la paroi abdominale et je pus constater : 1° qu'il n'y avait dans l'abdomen aucune trace d'épanchement ni de péritonite ; 2° que

la petite tumeur que j'avais sentie occupait la partie supérieure de l'S iliaque du colon, à laquelle elle était limitée, et qu'elle n'adhérait à aucune autre anse d'intestin ; 3° que l'anus contre nature avait porté sur le cæcum et que la double suture pratiquée n'avait pas permis à la moindre parcelle de matières intestinales de pénétrer dans la cavité péritonéale.

J'ai enlevé, Messieurs, la portion malade de l'intestin, pour pouvoir la mettre sous vos yeux. Les déchirures que vous y remarquez ont été produites pendant l'autopsie; la malade n'a présenté aucun symptôme de péritonite. Mais elles indiquent qu'elle était menacée d'une rupture de l'intestin, très aminci en plusieurs points, par suite de la destruction de la muqueuse et de la tunique musculeuse. La lésion, du reste, occupe toute la périphéride de l'intestin, dont la paroi est formée d'un tissu dur, de couleur grisâtre, et dont la lumière est rétrécie au point de ne laisser passer qu'une bougie n° 18 ou 19. Le reste du canal intestinal était absolument normal ; les ganglions mésentériques étaient sans altération.

Il eût donc été possible et même facile d'enlever le mal en totalité, et de tenter une guérison radicale, en réséquant une portion de l'S iliaque. Mais pour rendre la lésion facilement accessible, il aurait fallu inciser les parois de l'abdomen sur le côté gauche, ou, si l'on avait fait l'incision sur la ligne médiane, y ajouter une incision transversale d'une certaine longueur, comme cela a été fait plusieurs fois, sans grand inconvénient.

La résection de portions plus ou moins étendues d'intestin a été opérée nombre de fois avec succès, depuis l'inauguration de la méthode antiseptique ; parmi les cas les plus récemment publiés, je rappellerai celui de *Ludwik* (*Wiener med. Presse*, 1880, n° 23), qui retrancha 10 à 12 centimètres d'intestin mortifié, sur une femme de 60 ans, atteinte de hernie crurale étranglée; ceux de *Hagedorn* (de Magdebourg), qui réussit deux fois dans les mêmes circonstances; ceux de *Kocher* (de Berne), qui, sur trois opérations analogues, obtint deux guérisons.

La résection de l'intestin a été pratiquée également avec succès par Dittel et Billroth, pour guérir des anus contre nature.

Les faits de résection de portions d'intestin atteintes de dégénérescence cancéreuse sont assez rares, et jusqu'ici la science n'a eu guère à enregistrer que des insuccès. Dès 1843, cependant, Reybard, de Lyon, adressait à l'Académie de Médecine un travail intitulé : *Mémoire sur une tumeur cancéreuse affectant l'S iliaque du colon ; ablation de la tumeur et de l'intestin* ; *réunion directe et immédiate des deux bouts de cet organe. Guérison.*

Je crois intéressant de reproduire ici textuellement l'observation de Reybard, puisqu'elle n'a jamais été publiée et qu'elle est toute à l'honneur de la chirurgie française.

Observation. — Le docteur Laroche, de Chambales, m'avait déjà entretenu d'un malade pour lequel il me fit appeler en consultation le 8 avril 1833. C'était le sieur Joseph Valemaud, d'Anévon, canton de Saint-Vallier (Drôme), âgé de 28 ans, malade depuis plusieurs années, mais qui, depuis six mois, était beaucoup plus souffrant. Sou état avait, en effet, empiré, et depuis lors, il éprouvait des coliques habituelles et quelques douleurs lancinantes dans la région hypogastrique du côté gauche. Il sentait là un malaise habituel, et on palpait très distinctement dans ce point une petite tumeur dure, circonscrite et du volume d'une pomme ordinaire, qui, bien que profonde, paraissait mobile et détachée des parois abdominales. Les douleurs lancinantes étaient rares, mais elles annonçaient un état carcinomateux dans la tumeur, dont la pression était douloureuse. Le malade éprouvait fréquemment des coliques venteuses dans les diverses régions du ventre. L'abdomen, habituellement gonflé et ballonné, était si distendu par les gaz qu'on eût dit le malade atteint d'hydropisie; mais le développement de cette région était rarement uniforme: le colon, plus fortement distendu, se distinguait, en effet, des autres intestins, qui l'étaient moins, par le relief qu'il imprimait aux parois abdominales, sous lesquelles il se dessinait. Le malade rendait fréquemment des vents par la bouche et, après chaque repas, il avait des éructations, et souvent remontaient vers la bouche des gorgées d'aliments, qu'il avalait de nouveau quand leur qualité acide ne le forçait pas de les rejeter. Il ne rendait point de vents par l'anus et allait très difficilement à la selle. Les évacuations anales étaient très souvent précédées par la sortie d'une matière sanguinolente, puriforme, qui déterminait une sorte de ténesme habituel et incommode. Les lavements pénétraient avec tant de difficulté et de douleur, que le malade ne se décidait à en faire usage qu'à la dernière extrémité, malgré le besoin qu'il en avait et quoiqu'il sût bien qu'il ne pouvait pas s'en passer.

Il était évident, d'après ces symptômes, que la tumeur de la fosse iliaque affectait l'S du colon, ou l'extrémité inférieure du colon descendant.

La rétention des gaz dans le tube digestif, la distension énorme de celui-ci, et dès lors le ballonnement du ventre, les coliques, les vents expulsés à chaque instant par la bouche, les mauvaises digestions, la constipation, etc., prouvaient évidemment une obstruction dans l'intestin. La difficulté avec laquelle le malade recevait des lavements était une probabilité nouvelle; en effet, ils ne traversaient l'organe malade qu'après avoir distendu le rectum et déterminé une colique plus ou moins forte. Le passage du liquide était généralement annoncé par un sifflement particulier que le malade appréciait très bien. Cet homme conservait de l'appétit, et il avait même encore un peu d'embonpoint; son teint était jaunâtre. Sa peau était douce et sa chaleur naturelle. Le pouls, petit et faible, était à peine plus fréquent que dans l'état naturel. Cependant, depuis que la tumeur avait abcédé, le malade éprouvait tous les jours des frissons. Le sommeil était bon.

Depuis trois mois, la tumeur du ventre était convertie en abcès;

son ouverture, qui soulagea beaucoup le malade, fut annoncée par l'évacuation d'une certaine quantité de pus. On crut même, à cette époque, que la tumeur se résoudrait, et pendant quelque temps on en avait l'espoir, parce qu'elle était devenue moins douloureuse et qu'elle avait diminué de volume.

Je le répète, la tumeur, que j'avais examinée avec la plus scrupuleuse attention, m'avait paru mobile, bien circonscrite, et sans adhérences avec les parois abdominales. Il était évident que la matière puriforme et quelquefois sanguinolente qui était rendue par le fondement venait de ce lieu, car, ayant porté le doigt dans le rectum, je n'y découvris aucune altération.

Mes confrères Laroche et Boivaion, qui étaient déjà pour ainsi diro fixés sur la nature de la maladie, m'aidèrent à en saisir plus vite le caractère. Nous fûmes d'accord à reconnaître qu'il était impossible d'en obtenir la résolution, et qu'elle était au-dessus des ressources de l'art, lorsque l'idée me vint d'en faire l'extirpation, et de proposer cette opération à mes confrères étonnés de ma hardiesse. Nous examinâmes de nouveau avec une scrupuleuse attention la tumeur, avant de faire part au malade de notre détermination, et nous lui proposâmes enfin l'opération, comme le seul moyen de guérison que nous eussions à lui offrir. Cet homme fut moins effrayé que nous l'avions pensé. Je souffre, dit-il, depuis trop longtemps pour ne pas désirer sortir de cet état, en hasardant d'en finir plus tôt. Je le rassurai de mon mieux. Heureusement pour le malade que je lui proposai l'opération aussitôt que l'idée m'en vint; car si j'avais renvoyé au lendemain de lui en parler, je n'aurais peut-être plus été dans le même sentiment, tant l'extirpation me paraissait dangereuse et compromettante. En effet, la tumeur du colon se bornait-olle à cet organe ? et dans cette supposition. l'inflammation dont elle avait été le siège avant d'abcéder, ne lui avait-elle pas fait contracter des adhérences avec les parties environnantes? Quoique ces considérations fussent bien propres à me tenir dans l'indécision où je restai pendant quelques jours, je me déterminai cependant à enlever l'anse d'intestin où siégeait la tumeur. D'un côté, le malade était voué à une mort certaine, et de l'autre, l'opération, en réussissant, pouvait le sauver et offrir à la science un intérêt tout nouveau.

Mes expériences sur les animaux m'avaient déjà appris de quelle manière j'obtiendrais la réunion des deux bouts d'intestin: considéré sous ce rapport, le temps le plus difficile de l'opération devenait pour moi le plus facile. Il n'en était pas de même de l'ablation de l'intestin malade, dans l'hypothèse où il aurait contracté des adhérences, avec l'intestin grêle, par exemple. Confondu alors avec la tumeur, il pouvait devenir nécessaire de l'emporter avec elle.

Le malade fut préparé à l'opération pendant deux jours par la diète, quelques cuillerées d'huile de ricin, prises dans une infusion de mélisse, et des lavements miellés.

Ce fut le 2 mai 1833 que je fis l'opération, assisté des docteurs

Boivin, de Saint-Vallier, Laroche, de Chambalu et de M. Saunier, d'Andance, chirurgien de ce lieu.

Ce fut près de l'épine antérieure et supérieure de l'os coxal et au-dessus de la crête iliaque que j'ouvris l'abdomen, parce que c'était dans cet endroit que l'on touchait plus directement la tumeur. L'incision, à laquelle je donnai extérieurement près de 6 pouces d'étendue, suivait la crête iliaque, dont elle n'était séparée que d'un pouce. Je coupai successivement la peau et les muscles abdominaux, et avant de pénétrer dans le ventre, je plaçai des ligatures sur tous les vaisseaux d'où je voyais sortir du sang. Arrivé au péritoine, je le perçai d'abord avec la pointe d'un bistouri, pendant que je le soulevais avec une pince. Lorsque je l'eus ouvert, j'achevai de le couper sur le doigt et je donnai à l'ouverture de l'abdomen 2 ou 3 pouces d'étendue. Je portai ensuite le doigt indicateur dans le ventre et, le recourbant, je m'en servis comme d'un crochet pour amener la tumeur près de la plaie. Pendant ces manœuvres, je fus plusieurs fois obligé de repousser dans le ventre les intestins grêles, qui s'échappaient malgré mes efforts et ceux des aides qui bouchaient la plaie avec les doigts. Peu à peu, la tumeur s'engagea dans la plaie, et je pus enfin la pincer avec les doigts pour l'entraîner en dehors du ventre : elle était, ainsi que je l'avais prévu, libre de toutes adhérences. Avant de procéder à son ablation, je plaçai une ligature qui embrassait une assez grande étendue du mésocolon pour comprendre tous les vaisseaux qui s'y rendaient. Ne devant pas retenir au dehors du ventre le fil de la ligature, je le coupai à 3 pouces du mésocolon, pour pouvoir l'introduire dans l'intestin, où il fut entraîné. J'extirpai ensuite les parties malades en coupant l'intestin demi-pouce au-dessus et au-dessous d'elles, et je procédai à cette opération de la manière suivante : pendant que l'un des aides soulevait le colon au-dessus de la tumeur, que je tenais avec la main gauche, je coupai cet intestin en travers avec un bistouri dont le tranchant regardait en arrière. Après cela, je saisis le tube intestinal au-dessous de la tumeur, que je remis au second aide, et je le coupai encore à la même distance et de la même manière. Alors, la tumeur étant isolée, j'en fis l'ablation en coupant avec des ciseaux le mésocolon près de la ligature que j'avais placée. J'enlevai ainsi environ 3 pouces 1/2 d'intestin. Une ligature fut placée sur chaque bout d'intestin pour lier l'artère qui longe son bord mésentérique, quoiqu'elle ne fournît pas de sang. Les fils de ces ligatures furent conservés longs et engagés avec celui de la ligature du mésocolon dans l'intestin, avant de commencer la suture qui devait en réunir les deux bouts.

J'ai déjà dit que la réunion des deux bouts d'intestin aurait constitué le temps le plus difficile et en même temps le plus dangereux de cette opération avant que mes expériences sur les animaux m'eussent appris qu'on pouvait obtenir leur cicatrisation immédiate au moyen de ma suture à surjet. C'est ce mode de réunion que j'ai employé pour le cas qui nous occupe.

Voici comment je l'ai pratiqué :

Je préparai deux aiguilles droites, enfilées chacune d'un fil de soie fin et double ; une de ces aiguilles portait en guise de nœud un petit rouleau de charpie du volume de la tête d'une épingle : toutes deux étaient engraissées de cérat.

Lorsque j'eus mis en rapport les deux bouts d'intestin, je les attachai ensemble près de leur bord mésentérique avec le fil de la première aiguillée, que j'arrêtai par un double nœud. C'est là que la suture à surjet commença. Je prolongeai ensuite celle-ci jusqu'au milieu de la solution de continuité, avec la précaution d'en serrer et d'en rapprocher beaucoup les spirales. Je coupai ensuite le fil à 7 à 8 lignes de l'intestin, puis je l'arrêtai, non point en faisant un nœud comme on termine une couture, mais en l'entraînant, c'est-à-dire en le comprenant dans les nouveaux points de suture que je pratiquai avec la seconde aiguillée de fil, dont je me servis pour terminer l'opération. Lorsque celle-ci fut achevée, c'est-à-dire lorsqu'elle fut poussée de nouveau jusqu'au bord mésentérique de l'intestin, j'arrêtai le fil en nouant ensemble par un double nœud les deux brins dont se compose l'aiguillée. Toutefois, après les avoir dédoublés et traversé, avec un d'eux, une des lèvres de la plaie, je n'embrassai à dessein, pour arrêter ce fil, que le côté péritonéal de cette lèvre, afin qu'étant plus vite coupé, la ligature devînt libre plutôt par ce côté de la suture que par l'autre. Ce dernier nœud étant fait, je coupai les fils au ras de la plaie.

Je ferai remarquer que les bouts d'intestin s'étant considérablement rétrécis pendant que je les cousais, je fus obligé de multiplier davantage les points de suture que je ne l'aurais fait s'ils ne se fussent pas contractés. J'en plaçai donc un, à peu près, toutes les lignes. Les lèvres de la plaie furent percées très près de leur bord libre et les points de suture furent fortement serrés.

La suture de l'intestin étant achevée, je lavai et fomentai cet organe avec de l'eau tiède, puis je le repoussai dans le ventre à une assez grande profondeur pour l'éloigner de la plaie et l'en séparer par une anse d'intestin grêle.

La plaie du ventre fut réunie par trois points de suture isolés, qui comprirent toute l'épaisseur de ses lèvres, moins le péritoine. Je favorisai le rapprochement des bords de la plaie par la position fléchie de la cuisse sur le bassin et par l'inclination du tronc en avant et du côté gauche. Une compresse fenêtrée, engraissée de cérat, de la charpie, des compresses épaisses constituèrent les pièces du pansement, que je maintins en position avec une bande roulée autour du corps.

Je recommandai au malade de garder la même situation et, par-dessus toutes choses, d'éviter tout effort capable de produire l'écartement des bords de la plaie et leur déchirement par les fils. La diète la plus sévère fut observée. On donna seulement quelques tasses d'infusion de violettes et de tilleul et une potion calmante aromatisée avec l'eau de fleurs d'oranger.

On voit par la description que je viens de donner de cette opération que je l'ai pratiquée absolument de la même manière que je l'ai faite

sur les animaux. On verra que le résultat n'a pas été différent.

La tumeur, ainsi que je l'avais annoncé avant l'opération, équivalait en grosseur à celle d'une pomme de reinette d'un volume ordinaire ; elle était dure, d'un blanc grisâtre et elle offrait plusieurs tubercules plus distincts au toucher qu'à l'œil. Elle envahissait les deux tiers postérieurs du diamètre de l'intestin. Ouvert en avant dans le tiers de sa longueur, je remarquai que la cavité de l'intestin, noirâtre et ulcéré, avait perdu la moitié de son étendue.

L'opération fut plus longue que douloureuse. Tout s'était passé selon que je l'avais prévu et je comptais beaucoup sur la réussite. L'air de contentement que je laissai paraître avait si complètement rassuré le malade qu'il ne doutait pas de sa guérison.

La première journée fut assez calme ; mais la nuit fut agitée et se passa sans dormir, malgré les doses plus rapprochées de la potion calmante qu'on lui administra. Je passai les vingt-quatre premières heures auprès de lui et il fut convenu avec les docteurs Laroche et Boivaion qu'ils viendraient alternativement me remplacer, afin que le malade eût constamment un médecin autour de lui, pendant les 7 à 8 premiers jours de l'opération.

Je le revis néanmoins encore le surlendemain de l'opération, environ 60 heures après. Alors le pouls était plus développé et plus fréquent. Le ventre était aussi très dur et douloureux du côté opéré. Cependant le malade n'avait encore éprouvé ni maux de cœur ni vomissements. Malgré cela, je pansai la plaie et je la débarrassai de toutes les pièces dont se composait l'appareil, pour la recouvrir simplement, ainsi que tout le ventre, avec des larges cataplasmes arrosés d'huile d'olive, que je fis renouveler toutes les 2 heures. Je prescrivis des bains de siège. Diète. Eau de poulet continuée.

Ayant remarqué, à la seconde visite que je fis le cinquième jour de l'opération, que la sensibilité et la tension du ventre avaient peu diminué, je fis appliquer 12 sangsues au-dessus de la plaie. Le sang coula en abondance et dès ce moment le ventre devint moins sensible et moins tendu. La fièvre diminua, le pouls, qui resta un peu développé, fut moins fréquent. Les bords de la plaie abdominale, déchirés par les points de suture, s'étaient écartés de plus de 6 lignes. Cependant les intestins, qui avaient formé des adhérences avec le péritoine, ne s'y étaient pas engagés. Il semblait que la douleur avait pour ainsi dire suspendu les mouvements de contraction des muscles abdominaux. — Bains et cataplasmes continués.

9 *mai* (7 jours après l'opération). Le malade va mieux, mais il est abattu et très faible. Je pourrais manger, me dit-il, car le ventre ne me fait plus mal. En effet, il était souple et moins sensible à la pression. Cependant il était encore un peu dur dans le flanc gauche et le malade n'était pas encore allé à la selle. Ainsi je n'étais pas encore aussi rassuré que lui, et quoique la fièvre fût tombée, je n'accordai pas encore des aliments solides. Il continua les bouillons, qu'il prenait depuis deux jours. On les fit un peu plus nourrissants et on continua les mêmes applications. La plaie était en bonne voie de suppuration, ses

bords étaient moins gonflés ; les points de suture étaient très relâchés, ils furent enlevés. Un demi-lavement fut administré et reçu sans beaucoup de douleur ; la moitié qui fut presque aussitôt rendue était rougeâtre.

12 *mai*. L'inflammation traumatique de l'intestin était sans doute complètement dissipée, l'abdomen était souple et presque insensible à la pression. Les demi-lavements qu'on avait continués avaient opéré un grand soulagement et des évacuations bilieuses abondantes.

Deux soupes, un œuf et une pomme cuite composent son régime.

14 *mai*. Le mieux continué est le présage d'une guérison prochaine. Il n'y a plus de tension dans le ventre et à peine est-il douloureux à la pression au niveau de la plaie. On a aperçu un des fils de la suture dans la matière des lavements. J'ignore combien de temps les autres ont mis à se détacher ; ils n'ont pas été trouvés.

Le cours des fèces étant à peu près rétabli, je cédai à la nécessité de nourrir le malade ; je lui accordai un peu de volaille bouillie, des œufs, des fruits cuits et un peu de vin coupé avec moitié d'eau. Sa boisson se compose d'une limonade cuite bien sucrée, dans laquelle j'ajoutais un peu de vin vieux. Les demi-lavements furent continués. On lui appliquait très souvent sur le ventre des linges chauds pour faciliter la digestion et dissiper les flatuosités qui fatiguaient quelquefois le malade. On augmenta graduellement la quantité des aliments et surtout du vin, que le malade avait l'habitude de prendre en grande quantité. Les digestions étant bonnes, il reprit promptement des forces. Il commençait à rendre des vents par l'anus et il serait probablement allé naturellement à la selle si on ne lui avait pas continué ses lavements. Le 26 mai, il fut en état de se lever et de se promener, quoique la cicatrisation de la plaie de l'abdomen ne fût pas encore achevée ; celle-ci ne fut complète que le 10 juin.

Si on considère que l'opération a porté sur la fin du colon, on concevra pourquoi il a été impossible de donner des lavements avant la consolidation des bouts d'intestin. On pourrait peut-être me reprocher d'y avoir recouru trop tard, car comme il n'y a que les deux premiers lavements qui ont déterminé des coliques et que celles-ci ont été de peu de durée, ils auraient plutôt fait tomber l'inflammation. Mais, ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai été retenu par la crainte de réveiller l'inflammation dans l'organe opéré.

A part quelques douleurs lancinantes dans le ventre, qui se sont déclarées six mois après l'opération, le sieur Valemaud a joui d'une bonne santé. Au bout de ce temps, les élancements, d'abord rares, qu'il ressentait dans la région hypogastrique, se sont répétés avec plus de violence. Une tumeur s'y est fait sentir, et dès cette époque le malade a aussi accusé des douleurs dans la cuisse et dans la jambe gauche, sur le trajet du nerf sciatique. Ces douleurs, déterminées par la compression des racines de ce nerf que la tumeur carcimomateuse embrassait, rendaient les mouvements presque impossibles et retinrent le malade au lit pendant les deux derniers mois de sa vie.

Paris.— Soc. d'imp. P. Dupont, 41, rue J.-J. Rousseau. (65.12-80.) — *Le gérant* : G. Masson.

Enfin le malade a succombé à cette nouvelle affection le 16 mars 1834, environ un an après l'opération.

Je ferai remarquer que l'affection cancéreuse de Valernaud était héréditaire : une de ses sœurs, deux de ses frères, plus jeunes que lui, avaient subi la fatale influence de la même maladie, que leur avait transmise leur père, mort lui-même d'une affection carcinomateuse aux testicules.

Il est évident, d'après ce qui précède, que Valernaud a survécu à l'opération que je lui ai faite, pendant un temps assez long pour que je sois en droit de conclure qu'elle a eu un succès entier et incontestable et de la conseiller dans tous les cas analogues, quel que soit l'intestin affecté. Je pourrais même dire les intestins affectés, car si celui qui est primitivement malade a contracté des adhérences impossibles à détruire, il peut aussi devenir nécessaire d'en faire l'ablation. Cependant, Messieurs, je conçois que des hommes éminents comme ceux qui m'écoutent, hésitent à accepter ce système par une recommandation aussi modeste que la mienne. Mais pour triompher de toutes les incertitudes qui peuvent exister encore, et pour obtenir toutes les convictions j'ai l'honneur d'offrir à l'Académie de répéter devant une Commission spéciale mes expériences sur les animaux. J'espère que l'Académie ne repoussera pas une demande à laquelle se rattache un grand intérêt scientifique, et alors il deviendra incontestable qu'au lieu de créer un anus contre nature, on pourra désormais et sans plus de périls pratiquer l'ablation des tumeurs cancéreuses qui gênent le cours des matières fécales.

Ce fait si remarquable fut l'objet d'un rapport à l'Académie, présenté par Jobert de Lamballe. Le rapporteur, après avoir exprimé ses doutes relativement à la nature de la tumeur enlevée, dont on a, dit-il, à peine examiné la structure, ne peut cependant nier la réalité de l'opération pratiquée, ni le résultat obtenu. Mais comme l'autopsie du malade n'avait pas été faite et comme, d'ailleurs, les expériences sur les animaux, répétées en présence des commissaires, n'avaient pas donné des résultats favorables à la suture en surjet, préconisée par Reybard, Jobert conclut *qu'il était impossible de tirer de ce fait aucun parti rigoureux pour la science.*

L'observation de Reybard fut ainsi enterrée, et si bien enterrée qu'elle tomba dans un oubli profond, et qu'elle n'est mentionnée par aucun des auteurs français ou étrangers qui ont écrit sur la question de l'occlusion intestinale. C'est un chirurgien allemand, Adelmann, qui, le premier, l'a rappelée de nouveau en 1878, et Baum, qui en parle après Adelmann, se garde bien de lui donner plus d'importance que ne lui en avait attribué Jobert. Elle mérite cependant toute notre attention, et la conclusion qu'aurait dû en tirer le rapporteur de la Commission académique, c'est qu'il est possible d'enlever avec succès une tumeur de l'intestin.

La récidive, qui survint, rend très probable qu'il s'agissait d'une tumeur cancéreuse, ou du moins maligne.

La résection d'une anse d'intestin carcinomateuse a été pratiquée dans ces derniers temps par Gussenbauer, par Schede et pa Thiersch; leurs malades sont morts. Baum (de Dantzig) a publié dans le *Centralblatt f. Chirurgie* de 1879, un nouveau fait de résection d'une portion de gros intestin cancéreuse ; son opéré a succombé 9 jours après l'opération. Le même chirurgien dit avoir connaissance de deux faits analogues, dont l'un s'est passé à Vienne, l'autre à Kœnigsberg. La plupart de ces opérations ont été pratiquées dans des conditions telles que le succès n'était guère possible et ne prouvent rien, par conséquent, contre la possibilité de la guérison dans des circonstances meilleures. Bardenheuer a enlevé avec succès, chez un malade, une portion considérable (33 centimètres) du colon descendant et de l'S iliaque; chez un autre, une partie de l'S iliaque atteinte de dégénérescence cancéreuse. Il est vrai que c'est par la voie périnéale, et non par la laparotomie. Mais ces deux faits n'en prouvent pas moins qu'on peut extirper des cancers de l'intestin et guérir ses malades.

Chez Mme G....., les conditions eussent été on ne peut plus favorables à une extirpation, et la temporisation a été funeste. Elle a été motivée par le peu d'acuité des accidents, qui ont paru céder pendant quelques jours, mais qui, dans les quinze dernières heures, ont pris subitement une gravité telle, qu'on ne pouvait plus songer à la laparotomie. Il aurait fallu intervenir activement dès le lendemain ou le surlendemain de l'entrée de la malade dans mon service, après avoir reconnu l'inefficacité des moyens médicaux mis en usage. Les incertitudes du diagnostic, chez notre malade, ont été moindres que dans la généralité des cas d'occlusion intestinale. La marche lente des accidents, le soulagement que la malade a éprouvé à deux reprises, l'expulsion répétée de gaz et même de matières intestinales, l'absence de douleurs localisées ont dû éloigner l'idée d'un étranglement interne par un anneau ou une bride, celle d'un volvulus ou d'une invagination, et faire admettre plutôt l'existence d'un néoplasme comprimant l'intestin ou en rétrécissant le calibre. Il est vrai que la palpation de l'abdomen, opérée à travers des parois assez minces et à un moment où le ballonnement avait complètement disparu, n'a pu me faire découvrir aucune trace de tumeur; mais cette circonstance, loin d'arrêter ma main, aurait dû être pour moi un motif de plus de tenter la laparatomie, en me donnant l'assurance que le ventre ouvert, je ne me trouverais pas en face d'une de ces lésions graves et étendues contre lesquelles le chirurgien doit avouer son impuissance et laisser l'opération inachevée.

Cette leçon ne devra pas être perdue. L'intervention chirurgicale hâtive doit être de règle, aussi bien pour les occlusions internes que pour les étranglements herniaires. Une douzaine d'heures, vingt-quatre heures au plus, suffiront dans la grande majorité des cas pour appliquer les moyens simples dont on peut attendre quelque effet. Quand ils ont échoué, il n'y a plus rien à espérer de la temporisation ou de la répétition des mêmes remèdes, et la chirurgie doit entrer en scène.

Je ferai remarquer, pour terminer, l'influence fâcheuse qu'a exercée, dans ce cas, comme dans celui de M. Nicaise, un purgatif administré intempestivement.

Élection.

La Société nomme deux commissions : l'une pour faire un rapport sur les travaux présentés pour le prix Duval ; l'autre dans le même but pour le prix Laborie.

MM. Marjolin, Le Dentu, Gillette, Delens et Sée sont élus membres de la commission pour le prix Duval.

MM. de Saint-Germain, Lannelongue, Farabeuf, Périer et Berger sont élus membres de la commission pour le prix Laborie.

Présentation de malades.

Opérations de goître.

M. Terrillon présente, au nom de M. Monod et en son propre nom, *deux malades qui ont été opérées d'un goître.*

Voici les deux observations :

I. *Observation* de M. Monod[1].

Dubach (Suzanne), âgée de 41 ans, est entrée le 7 septembre 1880 à l'hôpital Necker, salle Sainte-Marie, n° 16.

A l'âge de 8 ans, la malade s'aperçoit qu'elle porte, au côté droit du cou, une tumeur grosse comme une noix, tout à fait indolente, siégeant dans le lobe droit du corps thyroïde. La tumeur ne s'accroît pas jusqu'à 21 ans, époque à laquelle elle augmente un peu, pour rester stationnaire jusqu'en 1863.

L'étiologie est obscure : elle est née à Boltigen, près Berne, où elle a habité jusqu'à 17 ans ; il n'y aurait pas de goître dans ce pays. Elle a été ensuite dans le canton de Vaud jusqu'en 1878.

[1] Observation recueillie par M. Jeanselme, interne du service.

Depuis cette époque elle habite Paris.

En 1863, sans cause appréciable, la tumeur grossit rapidement; des douleurs lancinantes apparaissent; la voix devient faible et grêle. Une ponction faite à Munich, la même année, donne issue à une grande quantité de liquide ressemblant à du café noir, mais le goître diminua peu, et l'altération de la voix persista.

En 1866, en l'espace d'un mois, surviennent trois accès de suffocation pendant lesquels la face était cyanosée, mais jamais la malade n'a perdu connaissance.

Un chirurgien fit, à la partie antéro-externe de la tumeur, une incision de plusieurs centimètres, qui livra encore passage à un liquide noirâtre; une contr'ouverture fut faite de l'autre côté de la ligne médiane, et on laissa un drain dans la plaie pendant 9 jours. Un mois après, le cou avait considérablement diminué, mais la voix est restée la même.

La tumeur ne gênait pas la malade, quand 8 ou 15 jours avant son entrée à l'hôpital, elle fut prise de nouveaux accès de suffocation, un peu plus nombreux qu'en 1866; en même temps, le cou a notablement grossi, et les douleurs lancinantes ont reparu. Depuis son entrée à l'hôpital, la malade n'a pas eu d'accès de suffocation.

Quand la tête est dans sa position naturelle, la partie latérale droite du cou fait une saillie qui s'accentue quand la tête est rejetée en arrière; elle est régulière et va de la grande corne de l'os hyoïde à la clavicule. Le sterno-mastoïdien bride la tumeur en dehors, ce qui devient très évident quand on engage la malade à fléchir la tête et qu'on s'oppose à ce mouvement.

Quand la tête est dans l'extension, le muscle laisse à découvert toute la partie antéro-supérieure de la tumeur; quand la tête reprend sa rectitude, le sterno-mastoïdien glisse d'arrière en avant sur la tumeur, de manière à la recouvrir en grande partie; il est donc complètement indépendant. En même temps que la partie antérieure se recouvre, le bord postérieur devient sous-cutané; la carotide est en rapport avec lui dans une étendue de 5 à 6 centimètres; elle soulève la jugulaire qui semble battre dans le triangle sus-claviculaire. Ces battements sont surtout visibles quand la malade est dans la position horizontale, parce qu'alors la tumeur vient peser sur l'artère qu'on peut saisir et isoler facilement.

La peau glisse bien, sa couleur est normale, il n'y a pas de dilatations veineuses.

Quand on saisit le goître à pleine main, on le déplace aisément, mais on sent néanmoins que cette mobilité est limitée par des adhérences aux parties profondes.

La déglutition produit une légère élévation, mais le phénomène n'est pas très manifeste, c'est autant un soulèvement qu'une élévation. La tumeur est ferme, légèrement bosselée; elle présente des inégalités et un enfoncement à l'endroit où une opération a été faite en 1866. Sa consistance est presque uniforme; elle donne la sensation d'une fluctuation douteuse, même quand on a soin de fixer la tumeur, pour éviter le déplacement en masse.

Une ponction faite par M. Monod, depuis l'entrée à l'hôpital, n'a amené que quelques gouttes de sang.

De la partie antéro-inférieure de la tumeur, se détache un prolongement moins ferme, qui s'étend le long du larynx et de la trachée et qui les dévie légèrement à gauche ; on le perd au niveau de la fourchette sternale.

Le lobe gauche et surtout l'isthme sont assez hypertrophiés pour donner à la région cervicale gauche le relief et la forme du cou gras, de la grosse-gorge.

En somme, il y a hypertrophie générale du corps thyroïde, avec tumeur volumineuse dans le lobe droit.

Opération : Le 20 octobre M. Monod fait, suivant le grand axe de la tumeur, une incision de 8 centimètres, presque verticale, terminée à 2 centimètres au-dessus de l'extrémité interne de la clavicule. La peau incisée, le tissu cellulaire qui avoisine la tumeur est divisé sur la soude cannelée ; une grosse veine est sectionnée entre deux ligatures.

A l'aide des doigts et de la spatule mousse, M. Monod arrive à dégager assez la tumeur pour la faire saillir hors de l'incision, mais la partie postérieure est adhérente au fond de la plaie par de nombreux vaisseaux ; ils sont pris en masse dans une ligature à la soie phéniquée et sectionnés. Un gros fil est également placé au point où la tumeur se continue avec le prolongement sus-sternal., et l'on fait la section. La tumeur est de la grosseur d'une pomme, ovoïde, légèrement bosselée ; sa coupe a une coloration jaune brun. Pendant et après l'ablation, la plaie saigne de partout ; on est obligé de placer de nombreuses pinces hémostatiques ; on voit battre la carotide au fond de la plaie.

On procède ensuite à l'extirpation du prolongement ; une incision horizontale de 3 centimètres est menée de l'extrémité inférieure de l'incision verticale vers la ligne médiane ; le prolongement se laisse assez facilement isoler, mais il adhère à la trachée ; on le pédiculise avec une grosse ligature et plusieurs petites. Le sang suinte de toutes parts; les pinces hémostatiques arrêtent difficilement l'hémorragie, parce que ce ne sont pas de gros vaisseaux qui donnent, mais une multitude de petits.

Un troisième noyau peu volumineux, situé au niveau de l'extrémité droite de l'isthme et paraissant en dépendre, est pédiculisé et sectionné.

Après avoir fait les ligatures, on place un gros drain dans la plaie, et l'on pose les sutures en ménageant une ouverture à la partie inférieure pour laisser passer l'extrémité du drain.

L'opération a duré 2 heures. La malade a très bien dormi sous le chloroforme, et n'a fait aucun mouvement ; pulvérisateur à vapeur pendant l'opération. Pansement de Lister.

Traitement consécutif : La malade n'a pas dormi ; elle a vomi plusieurs fois; elle se plaint de sa langue qui est un peu gonflée (une pince tenant la langue est restée pendant toute l'opération). La tem-

pérature et le pouls sont normaux. On fait le pansement sans remuer la malade; on ne sort pas le drain pour le nettoyer; il n'y a pas de pus.

La malade tousse beaucoup et par quintes; une pilule d'opium a suffi pour la faire dormir. Le pouls est plus fréquent, le thermomètre marque ce matin 38°7.

Des plaques blanches, mais non crêmeuses, tapissent les gencives et surtout le plancher de la bouche, on les détache facilement; leur examen histologique fait par M. Latteux, chef du laboratoire du service, montre que ces plaques sont uniquement constituées par des débris épithéliaux et des spores de leptotrix buccalis.

Les sutures sont enlevées le 4e jour; aucune n'a manqué. La fièvre est tombée. Le pansement est fait tous les jours.

Le drain est enlevé le 29 octobre.

M. Trelat (qui reprend le service à cette époque) supprime le Lister, il le remplace par un pansement composé de tarlatane ordinaire trempée dans de l'acide phénique au 1/40 et d'un taffetas gommé.

Comme il sort un peu de pus par l'extrémité inférieure de la plaie quand on presse un peu en dedans de celle-ci, M. Trélat fait placer dans le pansement un tampon de coton pour faciliter le recollement.

Le malade sort de l'hôpital le 17 novembre. Il reste à la partie inférieure de la plaie un petit trajet peu profond, sur lequel on maintient une plaque de diachylon.

II. — *Observation de* M. Terrillon.

Goître. Hypertrophie du lobe droit du corps thyroïde. Dyspnée. Raucité de la voix. Accès de suffocation. Extirpation. Guérison.

Mlle X..., âgée de 24 ans, toujours bien portante, n'a dans sa famille aucun antécédent de goître. Dans la ville qu'elle habite, cette maladie n'existe qu'exceptionnellement; elle n'a jamais sejourné dans un pays où le goître fût endémique.

Il y a quatre ans environ, elle s'aperçut que son cou devenait plus volumineux, cette augmentation de volume portant principalement sur le côté droit. Le lobe droit du corps thyroïde augmenta d'abord lentement en produisant une déformation du cou, qui inquiétait beaucoup la malade. Elle fut soumise alors à tous les traitements usités en pareil cas, mais sans succès, car depuis un an environ, la tumeur a augmenté plus rapidement. Bientôt se montrèrent des phénomènes inquiétants : la voix devient éraillée et sourde, la respiration plus pénible, surtout après une marche un peu rapide, ou lorsqu'elle avait monté des escaliers. Enfin, depuis deux ou trois mois, cette jeune fille se plaignait d'étouffements, d'un *manque d'air spécial* survenant le soir, et surtout pendant la nuit, et la réveillant brusquement lorsqu'elle était couchée dans une mauvaise position. Elle fait remarquer, à ce propos, qu'elle est obligée de tenir la tête et la figure en rotation du côté gauche presque continuellement, car, lorsqu'elle regarde en face d'elle et surtout lorsque la figure se dévie à droite, la respiration est gênée.

Toujours bien réglée, elle n'a jamais remarqué que l'époque des règles ait une influence sur le volume de la tumeur.

En présence de cette augmentation graduelle de la tumeur, et surtout des phénomènes inquiétants du côté de la respiration et de la voix, il devint bientôt évident qu'une intervention chirurgicale était imminente, d autant plus que la suffocation, avec de véritables accès succédant à une marche un peu rapide, devenait de jour en jour plus inquiétante et surtout plus gênante. La jeune malade se décida donc à venir à Paris pour demander conseil et subir au besoin l'opération.

Lorsque je vis la malade pour la première fois, je constatai, outre les phénomènes décrits plus haut, l'état local suivant. Le lobe droit du corps thyroïde, ayant un volume à peu près égal à celui de mes deux poings, occupait toute la région latérale du cou, depuis la pointe de la parotide jusqu'à la clavicule, derrière laquelle elle s'enfonçait manifestement à une certaine profondeur. Assez fortement bridée par le sterno-mastoïdien et les aponévroses du cou, elle proéminait sur la ligne médiane de façon à dévier le larynx et la trachée, principalement cette dernière, de 4 à 5 centimètres. La tumeur suivait très peu les mouvements du larynx, mais cependant d'une façon assez manifeste pour qu'il n'y eût pas de doute sur sa nature. On ne percevait à sa surface ni souffle ni battements; sa consistance était demi-solide. Je constatai que plusieurs grosses veines jugulaires superficielles existaient à la surface de ce lobe hypertrophié.

Enfin, je remarquai encore l'attitude vicieuse de la tête, la respiration bruyante, à l'inspiration principalement, la voix rauque et éteinte, et je constatai que l'œsophage était tres peu gêné. Il y avait les signes probables de la paralysie d'une corde vocale, mais je ne pus le constater avec le laryngoscope, l'emploi de cet instrument étant impossible à cause de l'attitude de la malade.

Après cet examen, je n'hésitai pas à proposer à la malade l'extirpation de cette tumeur, en tenant compte de l'imminence des accidents qui pouvaient survenir avec rapidité, de la difficulté qu'on aurait eue, le cas échéant, à pratiquer la trachéotomie, et aussi à cause de la confiance que m'inspiraient les moyens actuels d'hémostase et la méthode de Lister.

L'opération fut pratiquée, avec le concours de mon collègue, Ch. Monod, et de mon ami, le Dr Veyssière, qui s'était chargé du chloroforme, et de plusieurs internes.

L'opération fut pratiquée sous la pulvérisation phéniquée; en voici les principaux détails :

Une première incision, commençant derrière l'angle de la mâchoire inférieure, fut conduite jusqu'à la clavicule. Une seconde, partant de ce dernier point et dirigée horizontalement à la base du cou, se terminait au niveau du sterno-mastoïdien du côté opposé. Les incisions furent prolongées profondément jusque sur les aponévroses du cou d'abord, puis jusqu'au voisinage immédiat de la tumeur, en ayant soin de couper les muscles aplatis sur la sonde cannelée et de ne sectionner les vaisseaux qu'après avoir applique une double ligature au cat-

gut. Le lambeau, ainsi circonscrit et ayant une épaisseur suffisante, fut disséqué avec soin et relevé du côté gauche.

Nous pûmes voir alors, à la surface du lobe hypertrophié, surtout vers sa périphérie, des troncs veineux énormes et tortueux. Ces vaisseaux purent être atteints successivement, après avoir coupé avec précaution les couches fibreuses minces qui formaient une enveloppe extérieure à la tumeur. La dissection se fit lentement, par décollement, avec un instrument mousse; les vaisseaux furent coupés entre deux ligatures de fils de soie de différente grosseur. En dégageant successivement les différentes parties et principalement un prolongement qui descendait à quatre centimètres environ derrière la clavicule, il fut bientôt facile d'atteindre les vaisseaux profonds les plus volumineux, principalement les artères, et de les lier avec soin. L'isthme fut coupé facilement en le comprenant entre deux ligatures. Les adhérences, qui unissaient la tumeur à la partie droite de la trachée et du larynx, étaient assez résistantes, mais purent cependant être détruites sans une trop grande difficulté; on ne vit pas le nerf laryngé. La gaine des gros vaisseaux, épaissie, légèrement adhérente, resta intacte. Pendant la dernière partie de l'opération, il y eut un suintement sanguin abondant qui nécessita la présence de plusieurs pinces à forcipressure. Cependant la quantité de sang perdue fut relativement minime.

La tumeur étant enlevée, nous eûmes sous les yeux une vaste plaie dont l'hémostase était parfaite, et qui permettait de voir la partie latérale droite du larynx et de la trachée cervicale. Derrière la clavicule existait un cul-de-sac de trois centimètres et demi à quatre centimètres, au fond duquel on sentait et on voyait battre les gros vaisseaux.

La réunion des bords du lambeau fut pratiquée avec le plus grand soin, au moyen de catgut assez fin. Deux gros tubes à drainage, placés bout à bout, furent disposés au niveau de la base du lambeau, de façon à sortir, l'un à l'angle supérieur, l'autre à l'angle interne et inférieur du côté gauche. Le pansement de Lister fut appliqué avec soin, après qu'on eut placé deux éponges pour comprimer légèrement le lambeau et l'appliquer sur les parties profondes.

L'opération avait duré deux heures et quart.

La tête de la malade fut immobilisée, ainsi que l'avait fait Reverdin dans les cas qu'il a publiés dernièrement, au moyen d'un appareil construit de la façon suivante : Deux attelles en T, unies ensemble par la tige la plus longue, furent placées derrière le tronc et la tête, de façon que les branches transversales inférieures étaient appliquées autour du tronc, les supérieures entourant la partie postérieure de la tête. Le tout avait été matelassé et fut fixé au moyen de bandes de flanelle.

La tumeur était manifestement un goître parenchymateux très vasculaire, dont les loges assez larges contenaient une substance épaisse. L'enveloppe fibreuse était très mince.

Les suites de l'opération furent des plus simples; il suffira donc de noter les quelques particularités importantes qui se présentèrent jusqu'au huitième jour.

Les vomissements tourmentèrent la malade pendant plus de 48 heu-

res, et, dès le lendemain, elle commença à tousser avec une assez grande persistance et une certaine violence. Cette toux m'eût inquiété davantage au point de vue de la réunion du lambeau, si le cou et la tête n'avaient pas été très bien immobilisés.

Après 24 heures, le premier pansement fut enlevé. Il était fortement souillé de sérosité sanguinolente; les drains furent lavés, et je supprimai un centimètre environ de chacun d'eux.

Le soir, second jour de l'opération, le thermomètre atteignit 38°,7. Cette température fut la plus élevée que nous ayons constatée; le lendemain et les jours suivants, elle oscilla constamment aux environs de 37°.

Le pansement resta en place 48 heures, et, lorsqu'il fut renouvelé, il était souillé seulement au niveau du tube inférieur; aussi, je supprimai la plus grande partie du tube supérieur, en laissant seulement un centimètre et demi, l'inférieur ayant encore près de quatre centimètres. La compression et l'immobilisation furent continuées. La toux fut calmée en partie pendant la nuit au moyen de la morphine; la malade put avaler et digérer avec facilité. Aussi, le 6e jour, lorsque je renouvelai le pansement, je pus enlever complètement les sutures au catgut; la réunion était parfaite dans tous les points, et on ne constata jamais aucune trace d'inflammation. Un léger érythème phéniqué vers la base du cou et la partie supérieure de la poitrine disparut rapidement par l'emploi de la vaseline. Le tube à drainage supérieur fut supprimé, et l'inférieur n'eut plus que deux centimètres.

Le 9e jour, le pansement fut encore renouvelé et le tube à drainage inférieur enlevé. Déjà, depuis deux jours, on avait supprimé l'appareil immobilisant, car la toux s'était calmée. La malade put se lever.

Le 12e jour, je fus étonné, en enlevant le pansement, de voir persister un suintement presque imperceptible par l'orifice inférieur; ce suintement consistait en quelques gouttes de sérosité jaunâtre; en pressant sur le trajet, il sortit à peine une goutte de liquide.

Le pansement fut continué; mais la malade put sortir et habiter chez des parents, avant de retourner en province.

Lorsqu'elle partit de Paris, le 22e jour, on trouvait encore une petite fistulette dans laquelle le stylet pénétrait à deux centimètres et demi, mais sans cavité. Ne sachant au juste à quoi attribuer la persistance de cette petite fistule qui, du reste, n'incommodait aucunement la malade, j'espérais toujours qu'elle s'obturerait d'elle-même.

Quelques injections de teinture d'iode, qui furent faites par le médecin de la malade, n'améliorèrent pas cette fistule, qui menaçait de rester permanente, lorsqu'au bout d'un mois environ, elle donna issue à deux petits nœuds de fil facilement reconnaissables. Quelques jours après, la fistule était guérie. Je n'ai malheureusement pas pu examiner ces nœuds qui n'ont pas été conservés. Il eût été cependant important de connaître leur composition, car on s'explique difficilement comment deux fils de soie avaient résisté à l'absorption, alors que vingt-huit autres n'avaient pas reparu. Y a-t-il eu erreur dans l'emploi de ces deux fils à ligature? La soie qui les composait, était-elle falsi-

fiée? Ces questions sont insolubles; mais le fait n'en est pas moins intéressant à signaler.

Présentation de malades.

Résection du coude.

M. Berger présente une jeune fille, de 17 ans, chez laquelle il a fait, il y a dix-huit mois, la résection du coude par le procédé en baïonnette. Il a enlevé une portion considérable des os, et il a employé le pansement phéniqué. A la suite de l'opération, il est survenu des abcès et des fistules qui ont semblé devoir en compromettre le résultat. Mais au bout de plusieurs mois, l'état du membre s'est amélioré Actuellement, la plupart des mouvements sont revenus, et l'opérée peut se servir utilement de son membre.

M. Farabeuf dit que l'acide phénique donne de mauvais résultats dans le pansement des résections, parce que la réunion se fait trop vite, et qu'il ne se produit pas assez de tissu cicatriciel fibreux.

M. Polaillon rappelle qu'il a présenté, dans le courant de l'année, un malade opéré par le même procédé. Ce malade avait d'abord un coude mobile dans tous les sens; mais peu à peu, les mouvements de latéralité ont diminué, et actuellement, il a une articulation solide avec des mouvements de flexion et d'extension très étendus. Il ne lui paraît pas prudent d'abandonner le pansement de Lister dans la pratique des résections.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Polaillon.

Séance du 24 novembre 1880.

Présidence de M. Marjolin.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend:
1° Les journaux périodiques paraissant à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue médicale.* — La *Revue d'oculistique du Sud-Ouest.* — La *Revue médicale de l'Est.* — La *Gazette obstétricale.* — *British médical.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde;*

3° *Étude sur les antiseptiques, leurs avantages dans le traitement des plaies*, par le Dr Maurice Perreau ;

4° *Paul Broca.* — *Biographie* et *Bibliographie*, par le Dr S. Pozzi (offert par M. Verneuil);

5° *Leçons d'ophthalmologie,* par le Dr Badal, de Bordeaux (offert par M. Giraud Teulon) ;

6° *Bulletin de la Société de médecine de Paris*, 1879 (offert par M. Forget).

Traitement de l'épithélioma de la langue.

Suite de la discussion.

M. Trélat. Le travail que M. Verneuil vous a communiqué dans la séance du 10 novembre, sur l'*inutilité et le danger du traitement pharmaceutique et topique de l'épithélioma de la langue*, conduit à des préceptes si utiles, si efficaces, si nécessaires à inculquer aux praticiens, que je me reprocherais de ne pas lui apporter l'appui de mon observation et de ma part d'expérience.

Je rappelle à la Société que, dans mes communications du 8 décembre 1875, 8 mars et 21 juin 1876, sur les *relations du psoriasis et de l'épithélioma lingual,* j'exposais combien il était désirable que la connaissance de ces relations fût vulgarisée, pour que les praticiens pussent saisir la transformation ou du moins l'apparition de l'épithélioma à son premier début et procéder ou faire procéder à son ablation hâtive avec légitime espoir de guérison définitive et durable.

J'insistais alors sur l'immense avantage de ces opérations faites dès les premiers développements des tumeurs ; j'en indiquais la facilité, la bénignité et par-dessus tout l'efficacité, vérité que les années écoulées depuis 1875 n'ont fait que confirmer pour moi en ce qui concerne les épithéliomas et les sarcomes.

A cette époque, je citais trois malades opérés et guéris par moi. L'un de ces malades avait été opéré en 1872, le second en 1874, le dernier sur lequel j'ai fourni des détails étendus dans notre séance du 8 décembre 1875. Chez les deux premiers, le diagnostic avait été fait, pour l'un, par le médecin traitant, par M. le Dr Millard, par M. Gosselin et par moi, pour l'autre, par M. Dezanneau, d'Angers, M. Blachez, deux consultants de Paris, dont j'ai oublié les

noms et par moi. Dans ces avis divers il n'y avait pas eu une dissonance.

Ces trois malades ont été et restent guéris après huit ans, six ans et cinq ans. M. Delens a cité le cas d'un malade guéri depuis cinq ans. M. Verneuil a observé quatre cas de guérison consécutifs à une opération opportune.

La guérison est donc possible.

Elle est possible sous la condition formelle que l'exérèse ait largement dépassé les limites du néoplasme. Vieux précepte, dira-t-on, sans doute, mais tout rajeuni par les énormes erreurs qu'on fait dans son application.

On dirait que médecins et malades prennent un malin plaisir à faire tout ce qu'il faut pour que le sage et vieux précepte, ce précepte sauveur, ne puisse jamais être suivi. Au lieu de reconnaître et de proclamer que l'opération opportune, c'est-à-dire précoce, est le vrai et l'unique moyen de guérison ; que ce moyen n'est pas dangereux ; qu'il est d'exécution facile ; qu'il laisse un organe apte à toutes ses fonctions, chacun s'en va répétant que le diagnostic est souvent incertain, ce qui n'est vrai que pour un très petit nombre de cas ; qu'il est bon de perdre son temps à tâtonner et à laisser la néoplasie prendre position dans les gaines vasculaires, les travées intervasculaires, les lymphatiques, et défier désormais l'action chirurgicale ; que d'ailleurs il sera toujours temps d'en venir à l'*ultima ratio* opératoire.

Aussi qu'arrive-t-il sous l'empire d'une doctrine fausse dans ses prémisses et si funeste dans ses conséquences ?

Deux choses également fâcheuses : D'un côté, les malades, atteints de tumeurs petites et bien circonscrites, se détournent des chirurgiens, craignent ou fuient leurs conseils et la possibilité de leur intervention ; de l'autre, les malades, dont l'ulcère a progressé à travers tous les traitements décevants qu'ils ont tentés, viennent réclamer notre secours.

De là résulte que nous n'opérons pas, que nous ne pouvons pas arriver à opérer les malades, que nous guéririons sans danger et sans grande mutilation, tandis que, nous laissant aller au mirage des espérances improbables, ne sachant d'ailleurs pas nous refuser à un acte secourable directement réclamé, nous faisons des opérations étendues, hardies, bien conduites, mais stériles parce qu'il est trop tard et que l'*occasio præceps* a disparu depuis longtemps. Le chiffre des insuccès s'accroît chaque jour, tandis que celui des guérisons grandit à peine.

Depuis cinq ans, il m'est souvent arrivé de refuser ces opérations inutiles ; quelquefois j'ai consenti, presque à regret, à courir les chances d'une guérison douteuse. Tous ces malades ont succombé

aux progrès de leur cancroïde ; leurs ganglions cervicaux ont été envahis, ulcérés, disséqués et la mort est arrivée par cachexie, plus souvent par inanition.

Très souvent j'ai vu dans mon cabinet des malades atteints de petits épitheliomas pour lesquels l'opération me paraissait parfaitement indiquée. J'ai tout fait pour convaincre ces malades. J'ai employé la démonstration, la persuasion, la menace des conséquences à redouter ; j'ai pris des rendez-vous précis pour une décision définitive. Deux fois même, jour et heure ont été fixés pour l'opération. Peine perdue, vains conseils ; tous ces malades m'ont échappé. Ce n'est pas qu'ils se soient adressés à d'autres opérateurs. On leur a simplement dit que tel ou tel remède les guérirait et que l'opération ne devait être tentée que comme dernier expédient. Les uns se sont noyés dans l'iodure de potassium, d'autres se seront cuivrés de chlorate de potasse ou auront tâté des caustiques superficiels et irritants !

En ce moment je vois un malade d'âge moyen auquel son médecin faisait deux cautérisations par semaine. Pour hâter la guérison, le malade en faisait lui-même deux autres. Il m'est arrivé avec une langue rouge, épaisse, tendue, et un cancroïde qui a six à huit millimètres de côté et qui est parfaitement opérable. J'y réussirai peut-être, parce que je connais la famille et qu'il y a là des gens de saine raison et de bons conseils, mais je n'en voudrais pas jurer. Si j'opère, j'espère bien avoir une guérison de plus à enregistrer.

Aujourd'hui, personne n'hésite à cautériser énergiquement, et aussitôt que possible, la plaie faite par la dent d'un animal enragé ; personne n'oserait conseiller une médication interne avant l'emploi du fer rouge. Nous aurions rendu un grand et vrai service si nous parvenions à asseoir une croyance analogue pour l'épithélioma lingual.

Cette redoutable affection est curable quand elle est peu étendue et bien limitée, c'est-à-dire à ses débuts. Elle est curable par une opération facile et inoffensive.

Plus tard, — et ce plus tard vient rapidement, — lorsque les vaisseaux et les ganglions lymphatiques sont pris, tout traitement est impuissant.

Voilà les deux termes du problème. Entre eux, on introduit des considérations dilatoires. On parle de difficultés ou d'erreurs de diagnostic, de certains cas rares où la médication interne aurait réussi. Et c'est pour ces insuffisances ou ces raretés qu'on voile l'effrayante netteté des indications thérapeutiques dans l'immense majorité des cas !

Quant à moi, je n'hésite pas à redire aujourd'hui ce que je disais il y a cinq ans : il faut faire le diagnostic précoce du can-

croïde lingual, trancher rapidement, par des essais de traitement interne, les incertitudes qui peuvent subsister, être bien convaincu que le doute ne saurait durer longtemps, et qu'en cas de doute persistant, il faut agir comme si le diagnostic cancroïde était démontré.

Dès que le diagnostic est fait, si petite que soit la tumeur, et plus elle est petite, il faut l'enlever largement. Dans ces conditions, l'opération sera toujours restreinte, sans danger, sans hémorragies, sans difficultés.

A cette conduite, quels bénéfices, quels inconvénients? Les bénéfices ne sont pas douteux : chirurgiens et malades se trouveraient dans les conditions qui ont été signalées par M. Verneuil, M. Delens et moi, pour ne parler que de ceux d'entre nous qui ont fait connaître leur sentiment.

Il se pourrait sans doute que l'adoption générale de cette doctrine entraînât de temps à autre des opérations inutiles; il se pourrait qu'on enlevât par erreur de petites tumeurs ou de petits ulcères qui ne seraient pas des cancroïdes ; ce serait regrettable, sans doute, mais ne vaut-il pas cent fois mieux exposer quelques très rares malades à de petites opérations inutiles, que de vouer la totalité à une perte irrémédiable ?

Je m'arrête, Messieurs, dans ces développements un peu étendus. Si je m'y suis laissé entraîner, c'est que la communication de M. Verneuil me semblait se résumer en une parole de vérité et un précepte bienfaisant. J'ai éprouvé le besoin de répéter cette parole et de confirmer ce précepte ; j'ai voulu rappeler mes observations antérieures et dire ce que l'expérience m'a appris, pour que l'expression renforcée de nos opinions semblables allât retentir aux oreilles des malades et des médecins.

M. Desprès. On ne peut dire qu'on a guéri définitivement un épithélioma de la langue que lorsqu'il s'est écoulé un grand nombre d'années depuis l'opération. Les guérisons que nous obtenons, ne sont que des guérisons temporaires, aussi longues que peuvent l'être les guérisons de cancer. Si la police correctionnelle était bien faite, les affiches qui annoncent la guérison radicale du cancer ne devraient pas subsister une minute. Il n'appartient qu'à des charlatans de dire qu'ils guérissent le cancer. Quant à nous, nous savons que le cancer est une maladie organique qui, quand elle commence, ne finit jamais. S'il est permis de dire à un malade qu'on le guérira de son cancer, on ne doit jamais laisser ses parents et son entourage dans la même illusion.

M. Verneuil. Personne ne confondra les assertions portées à

cette tribune avec les annonces mensongères des affiches. Nous ne pouvons empêcher les charlatans de faire leur commerce, mais nous pouvons dire la vérité. Or, j'affirme que nous pouvons dire que nous guérissons les épithéliomas. Nous ne détruisons pas l'état constitutionnel sous l'influence duquel les néoplasmes se produisent, mais nous donnons une survie telle qu'on peut la considérer comme une guérison.

Il est évident que le pronostic n'est pas le même pour tous les néoplasmes ; mais nous avons tous vu des malades rester plusieurs années guéris ou même guérir définitivement après l'ablation d'un épithélioma de la face, de la lèvre ou de la langue. Dans ces cas, on ne guérit pas la diathèse cancéreuse, pas plus que la diathèse scrofuleuse, lorsqu'on ampute un membre atteint d'accidents graves de la scrofule. Ne jouons donc pas sur les mots et reconnaissons les avantages incontestables d'une opération qui, lorsqu'elle est faite de très bonne heure, procure une survie infiniment plus longue que tous les autres moyens.

M. Trélat. Il n'est pas question, pour le moment, de savoir ce que veut dire le mot *guérison*. M. Desprès a dit, dans la séance précédente, que tous les opérés d'un cancroïde de la langue succombaient, par suite de l'extension de la maladie, dans l'espace de six mois à deux ans. Mais j'ai, par devers moi, des opérés qui vivent depuis deux, six et huit ans.

J'ai pris la parole pour dire ceci : oui ou non, y a-t-il des malades qui, après l'opération, ne succombent pas ? — Si cela est, notre devoir est de proclamer que nous possédons un moyen qui donne aux malades une survie considérable. Il faut donc employer ce moyen. Ne nous endormons pas avec de petits moyens inefficaces. Les épithéliomas de la langue doivent être opérés quand ils sont tout petits. Plus tard, il faudra extirper toute la langue, il faudra extirper des ganglions, le plancher de la bouche et même jusqu'au larynx, et malgré ces larges ablations, il y aura une récidive.

M. Desprès. Nous différons sur la valeur du mot *guérison*. J'ai vu des malades qui, après l'opération, ont eu une récidive au bout de cinq, six et sept ans. Ce n'est donc là qu'une guérison temporaire et non une guérison durable et définitive. La guérison temporaire dure davantage lorsque l'épithélioma est opéré de bonne heure, mais nous n'avons pas le droit de dire autre chose. Je mets au défi qu'on me montre un malade opéré depuis dix ans d'un épithélioma tubulé ou papillaire à globes épidermiques.

Dans cette question, il faut encore tenir compte des erreurs de diagnostic. Je ne veux citer que le cas de M. Sax, qui a fait la for-

tune du docteur Noir. Plusieurs de nos maîtres les plus compétents, et entre autres Velpeau, avaient diagnostiqué un cancer mélanique. Le charlatan survient, applique une poudre quelconque, le mal tombe, et le malade, paraissant guéri, vit encore dix années. Supposons que M. Sax ait été opéré par un chirurgien, on aurait dit que l'opération l'avait guéri.

Je suis d'accord avec mes collègues sur l'opportunité de l'opération faite de bonne heure, toutes les fois que le mal est assez limité pour qu'on puisse l'enlever complètement; mais je me sépare d'eux sur la question du pronostic.

M. Anger. En 1872, dans ma thèse d'agrégation, j'ai réuni 260 observations de cancer de la langue, et j'ai spécialement étudié quel était le bénéfice de l'opération. En comptant tous les cancers opérés, quelles que fussent leur complication et leur étendue, j'ai trouvé que l'opération donne une survie de *huit mois* en moyenne. J'en ai conclu que le chirurgien était autorisé à opérer les cancers de la langue.

M. Sée. Il ressort de ce qui vient d'être dit que le cancer de la langue est un des plus mauvais et que les cas de guérison sont bien rares. J'ai été, pour ma part, extrêmement malheureux, ce qui tient probablement à ce que les cancroïdes de la langue n'arrivent à la Maison de Santé qu'à la dernière limite.

La remarque de M. Terrillon, qui a trouvé pendant l'opération de petits ganglions dégénérés qu'on ne sentait nullement à l'extérieur, me paraît extrêmement importante. Ce fait doit avoir lieu beaucoup plus souvent qu'on ne croit. Il a d'ailleurs été déjà mentionné par d'autres chirurgiens. Un chirurgien suisse, M. Kocher (de Berne), me disait dernièrement qu'il croyait que, dans la grande majorité des cas, les ganglions sont dégénérés, bien qu'on ne puisse les sentir à travers les tissus. Cette opinion l'a conduit à enlever tous les tissus de la région sous-maxillaire. Par ce moyen, il a obtenu trois guérisons, dont l'une remonte à dix ans.

M. Le Fort. Le point capital, dans le traitement des cancroïdes, c'est de faire l'opération lorsqu'ils n'ont qu'un petit volume. Si on donne dans ce cas cinq ans de survie, on rend un grand service.

Mais lorsqu'on a affaire à un cancer un peu étendu, allant jusqu'à toucher le plancher de la bouche, je crois qu'il vaut mieux s'abstenir de faire une opération, et pour mon compte, surtout depuis les dernières années, je m'abstiens.

M. Trélat. Je suis absolument d'accord avec M. Le Fort. Dès que l'opération n'est pas précoce et limitée, elle est inutile. Il y a une telle différence entre les malades abandonnés à eux-mêmes et

ceux qu'on opère de bonne heure, qu'il est impossible de méconnaître l'utilité de l'opération.

M. Desprès a déplacé la question en parlant du pronostic. Il me paraît d'ailleurs en avoir singulièrement exagéré la gravité. M. Broca a cité, en faisant l'histoire de l'évolution naturelle des tumeurs, des faits de gangrène de tumeurs cancroïdales; c'est là un procédé d'ablation radicale. Dans ces cas, les malades guérissent. L'été dernier, j'ai observé, à la Charité, une fille de 20 ans qui portait au mollet une tumeur, semblable à un caillou noir, circonscrite par une aréole inflammatoire. Un beau jour, cette tumeur s'est détachée, et la jeune fille a guéri. Examinée au microscope, cette petite tumeur noirâtre et dure n'était autre chose qu'un cancroïde calcifié, c'est-à-dire un cancroïde qui s'était limité, séquestré, momifié et qui s'était calcifié. Les faits analogues sont très rares, mais non sans exemple. Si la gangrène et la chute d'un cancroïde sont possibles, comme dans le cas de M. Sax, ne pouvons-nous pas imiter ce procédé de guérison par une opération ?

L'observation de M. Terrillon n'est pas concluante. Si notre collègue a été conduit à enlever les tissus du plancher de la bouche, c'est qu'il avait affaire à un épithélioma plus étendu que nous ne le supposons, quand nous conseillons l'opération précoce.

Enfin, puisque M. Kocher (de Berne) a obtenu des guérisons après une large ablation, il faut donc en conclure qu'il y a des moyens pour guérir l'épithélioma lingual.

M. Verneuil. Je voudrais faire une réserve à propos de ce que MM. Le Fort et Trélat viennent de dire touchant l'inutilité de l'opération dans les cas de cancroïdes étendus. A côté des opérations curatives, il y a les opérations palliatives. Lorsque nous faisons un anus contre nature dans le cas de cancer du rectum, nous n'avons pas la prétention de guérir le cancer de cet organe, nous agissons seulement dans le but de soulager le malade et de le faire vivre quelque temps encore. Il en est de même pour les opérations que l'on pratique pour les épithéliomas étendus de la langue et de la cavité buccale. Je ne me crois pas plus téméraire que les autres chirurgiens; mais, lorsqu'un malade souffre et ne peut plus avaler, et lorsque je suis sûr de le faire vivre encore quelques mois, je l'opère. Un élève de M. Rozé (de Zurich), M. Schlapfer, a fait récemment une thèse sur les ablations totales de la langue; il est arrivé à démontrer qu'on pouvait donner deux ou trois ans de survie à des malades voués autrement à une mort prochaine. Mais il faut, dans ces cas, faire des ablations extrêmement larges. L'opération procure alors un très grand soulagement. J'ai

opéré, dans ces conditions, des malades qui ont vécu dix et douze mois d'une vie très supportable.

Pour en revenir au point de départ de cette discussion, mon but a été de décider les médecins à ne tenter aucun traitement médical contre un cancroïde de la langue bien reconnu, et à opérer ou à faire opérer dès le début.

M. Le Fort. Oui, en opérant dans les cas de cancroïdes étendus, on peut donner une année de survie; mais quelle triste survie! Les malades ne reviennent pas à la santé; la plaie est à peine cicatrisée que de nouveaux bourgeons cancéreux apparaissent. On a fait une opération formidable, et on n'a pas la consolation de voir son malade être soulagé seulement pendant deux mois. Ce sont précisément ces rapides récidives qui m'engagent à m'abstenir d'opérer.

M. Guyon. Il y a, dans cette question, un point sur lequel toute la Société de chirurgie est d'accord, c'est l'opération précoce des petits épithéliomas. Pour ma part, je n'ai qu'un cas de guérison définitive jusqu'à présent. J'ai perdu tous mes autres opérés de récidives rapides.

La question des opérations palliatives, soulevée par M. Verneuil, doit encore être réservée. La langue est disposée de telle manière que la propagation des éléments du cancer y est très facile; toutes les portes y sont ouvertes, pour ainsi dire, à l'infiltration. Aussi suis-je arrivé à désespérer complètement des épithéliomas étendus. Je ne les opère ordinairement pas. Lorsque l'opération n'est destinée qu'à soulager le malade, le soulagement dure si peu de temps, la récidive dans la plaie est si commune, que j'aime mieux m'abstenir. De telle sorte que, s'il est bien établi qu'il faut opérer de bonne heure, et alors qu'il y a encore de l'incertitude dans le diagnostic de l'épithélioma lingual, on peut discuter encore l'utilité des grands délabrements destinés à soulager le malade et à pallier les tourments qu'il endure.

M. Labbé. Dans les discussions de ce genre, chaque chirurgien peut avoir des points de vue particuliers qu'il est bon de signaler. Je commencerai d'abord par faire une profession de foi absolue sur le droit et le devoir qu'a le chirurgien d'intervenir même dans ces cas très graves, dont M. Le Fort a parlé, à la condition, toutefois, d'intervenir courageusement, c'est-à-dire d'enlever largement au delà des limites du mal, quelque étendu qu'il soit. Les opérations deviennent alors très compliquées. Certains malades, que j'ai opérés en m'attaquant aux ganglions avec persé-

vérance, ont guéri. Chez un malade, l'opération n'a pas duré moins de quatre heures, et la guérison a eu lieu; mais je ne peux pas dire qu'il sera toujours à l'abri d'une récidive.

J'ai l'habitude, en pareil cas, de commencer par faire la ligature des deux linguales, afin d'enlever ensuite la langue avec de forts ciseaux sans être gêné par le sang. L'écraseur linéaire et l'anse galvanique ont, selon moi, l'inconvénient de glisser sur les tissus et de se rapprocher du mal, quelque soin que l'on prenne à les en tenir éloignés; il en résulte qu'on n'enlève pas, en réalité, tout ce qu'on voulait d'abord enlever. Je suis convaincu que les ciseaux valent mieux pour ce genre d'opération, parce qu'ils coupent exactement tout ce que l'on veut couper.

Il y a des circonstances dans lesquelles le chirurgien peut avoir un devoir social à remplir. J'en citerai un exemple. Un malade portait un mauvais cancer de la langue, qui l'empêchait de parler et d'avaler. Le plancher de la bouche était envahi, et les ganglions dégénérés. Je refusai d'abord de faire l'opération. Puis j'appris que ce monsieur avait de très grands intérêts engagés dans une industrie, et qu'il lui faudrait vivre encore pendant quelques mois pour les sauvegarder. Devant cette considération, je consentis à tenter une opération grave, à la vérité, mais qui était le seul moyen de lui procurer quelques mois de survie. Je fis la ligature des deux linguales; j'enlevai la glande sous-maxillaire dégénérée et tous les ganglions sous-maxillaires; je fis ensuite une grande fente sur la partie latérale de la joue, et je pus ainsi couper la langue et nettoyer tout le plancher de la bouche. Ce malade a guéri de son opération. Il a repris ses affaires, et, depuis sept mois, il se porte très bien. Mais il aura sans doute une récidive vers la base de la langue, et, si j'ai un reproche à me faire, c'est de ne pas avoir enlevé plus largement les tissus voisins du mal.

Quand un malade souffre et ne peut plus avaler, on fait un acte chirurgical louable et digne d'encouragement en l'opérant de manière à enlever complètement tout le mal.

Quant à la question de la récidive, voici un autre fait de ma pratique : il y a dix-neuf mois, j'ai opéré un cancer ou un épithélioma de la langue avec de nombreux ganglions dégénérés. J'ai fait la ligature des linguales, j'ai enlevé les ganglions et j'ai coupé la langue avec des ciseaux. L'examen microscopique, fait par M. Rémy, montra qu'il s'agissait bien d'un épithélioma. Or, le malade se porte encore actuellement très bien. J'ai su depuis qu'il avait eu des accidents syphilitiques, si bien que, devant cette absence de récidive, j'en suis à me demander si je n'ai pas commis une erreur de diagnostic, malgré l'examen microscopique. Je voudrais bien être sûr qu'il se fût agi d'un épithélioma, car les

faits démonstratifs de guérison de véritables épithéliomas sont encore à montrer.

Communication.

Fracture double de la mâchoire inférieure chez un homme privé de dents

par M. Desprès.

Il n'y a pas, dans les livres qui traitent de la fracture de la mâchoire inférieure, ni dans les articles de dictionnaire qui traitent ce sujet, une indication du traitement des fractures du corps de la mâchoire, lorsque celle-ci ne porte plus de dents. Je viens combler une lacune à ce sujet en vous présentant un malade et son observation.

Voici l'observation :

M. W..., employé à la Banque, tomba le 25 février 1880, en descendant d'omnibus, de telle façon que son menton porta sur la dernière marche du marche-pied. Il souffrit beaucoup sur le moment. Il entra alors dans un café et prit un grog. A ce moment, en buvant, la pièce dentaire, qui remplaçait la totalité des dents de la mâchoire inférieure, se déplaça, le malade souffrit beaucoup et constata lui-même que la mâchoire inférieure était cassée en deux endroits. Aussitôt le malade enleva la pièce dentaire qui remplaçait toutes les dents de la mâchoire supérieure. Il rentra chez lui souffrant toujours cruellement. La douleur lui paraissait ressembler à la douleur de l'avulsion de dents.

Appelé auprès du malade le lendemain 26 février, je constatai sur le menton à droite une ecchymose sous-cutanée. Et en faisant ouvrir la bouche au malade, je constatai une forte saillie d'un fragment au lieu d'élection des fractures de la machoire, au niveau du point où il y avait une ecchymose sur le menton. En même temps, le fragment mentonnier était très mobile, et je constatai de suite une seconde fracture au niveau d'un point correspondant à la première grosse molaire. Il y avait donc une fracture double de la mâchoire inférieure. Mais il n'y avait point de déchirure de la gencive.

Ce cas nouveau pour moi, comme il l'eût été pour beaucoup d'entre vous, me trouva tout d'abord désarmé, puisque aucun fait de ce genre n'est mentionné dans les livres. Il fallait contenir les fragments d'une mâchoire sans dents, et ayant subi l'usure fatale qui suit la disparition des dents. Je ne parle pas de la complication résultant d'une syphilis remontant à 23 ans, et pour laquelle le malade prenait encore du mercure, car il n'y avait qu'à cesser le mercure. Il n'existait pas de

point d'appui dentaire pour permettre l'usage de la fronde de Bouisson, que d'ailleurs l'on n'a pas toujours sous la main ; pas de dents pour en faire la ligature; et il n'y a que des chirurgiens imprudents et légers qui eussent pensé à faire en deux endroits des sutures osseuses. Je ne pouvais même pas employer la gouttière de liège, qui m'a toujours réussi dans la fracture simple ou double de la mâchoire. Les appareils de Houzelot et Morel Lavallée n'eussent pas été supportés. Il y a, dans quelques articles de dictionnaire, une banalité que l'on répète d'après Malgaigne. On a dit que, dans les fractures du maxillaire supérieur, un dentier était un bon appareil de contention. J'y ai pensé, mais j'ai vu de suite que ceux qui avaient répété cela ne l'avaient pas eux-mêmes exécuté. Rien n'est plus douloureux, et il n'y a pas de malade qui puisse le supporter. Mon malade avait eu son dentier sur sa mâchoire fracturée, le souvenir de la douleur qu'il lui avait causé était telle, qu'il ne voulut même pas que j'essayasse de le mettre en place.

Je fis alors un moule du menton en gutta-percha, et je le serrai à l'aide d'une courroie élastique bouclée, formant mentonnière. et assujettie sur un bonnet de coton.

Le malade s'alimentait au moyen d'un tube de verre, à l'aide duquel il aspirait des aliments liquides.

Tous les deux jours, la courroie était serrée.

Pendant le premier mois, les choses se passèrent assez bien; le malade était parfois réveillé dans son sommeil par des douleurs vives, parce qu'il avait un bâillement involontaire. Le deuxième mois, les souffrances diminuèrent, la consolidation s'effectuait; mais à partir de la sixième semaine, pendant des efforts de bâillement involontaire, il y eut au moins huit fois une rupture de l'un ou l'autre cal. J'ai assisté une fois à la rupture du cal d'une des fractures en changeant l'appareil pour donner des soins de propreté.

Le 25 avril, j'enlevai le moule de gutta-percha. Et la plaque de carton que j'avais ensuite placée à la place du moule de gutta-percha, fut enlevée le 26 mai. Du 26 mai au 20 juin, le malade portait une mentonnière serrée avec la courroi élastique, c'est le dernier appareil laissé au malade ; enfin, à ce moment, comme depuis plus de trois semaines, le malade n'avait ressenti aucun craquement dans sa mâchoire et qu'il pouvait manger de la soupe, j'enlevai tout appareil.

Un cal solide et saillant existait au niveau de la fracture antérieure droite, et un cal gros comme une plume d'oie à peine, au niveau de la fracture gauche postérieure, était assez solide.

Le 8 juillet, il se confia aux soins de M. Déjardins, un dentiste qui n'est pas un inconnu pour la Société. Le malade voulait absolument un dentier, et M. Déjardins, choisi par le malade, voulut bien prendre mes instructions. Il était nécessaire que la mâchoire ne fut pas fracturée pendant la prise des empreintes, quoique l'os fut solide. M. Déjardins s'en tira très heureusement en prenant des empreintes en plusieurs fois, et il est parvenu à faire un dentier dont le malade est satisfait. Vous pouvez juger vous-mêmes des difficultés qu'il y avait à vaincre.

Au moment où le moule a dû être pris, le malade ouvrait avec peine la bouche soit par habitude, soit par crainte.

J'avais bien recommandé qu'on évitât de presser avec force sur le maxillaire. Le dentiste dut prendre empreinte de la mâchoire inférieure en trois parties (*fig.* 1). Il employa de la cire molle. Avec ces em-

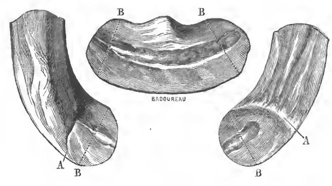


Fig. 1.

preintes imparfaites, M. Déjardins fit faire des plaques porte-empreintes en trois morceaux pour prendre, avec peu de cire, une empreinte définitive (*fig.* 2). Un moule en plâtre obtenu, une pièce en

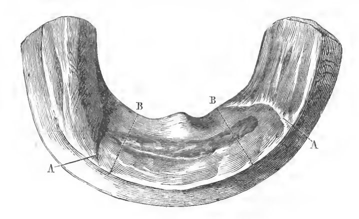


Fig. 2.

gutta-percha fut faite, puis une pièce en caoutchouc telle que celle que porte aujourd'hui le malade.

Les dessins qui représentent le moule, me paraissent utiles, parce qu'ils donnent une bonne idée de la consolidation de la fracture. Sur la figure 2, on voit une saillie et un creux qui correspondent

l'une à la fracture gauche, l'autre à la fracture droite, celle ou il y a un cal à peine gros comme une plume.

Messieurs, ce fait a un intérêt de nouveauté, et il servira peut-être à nos confrères qui ne trouveront de renseignements sur ce point que dans les *Bulletins de la Société de chirurgie.*

Il démontre, une fois de plus, ce que beaucoup d'opérations d'Esmarch ont d'ailleurs prouvé, c'est la grande tendance qu'a le maxillaire à se consolider quand même. Après avoir vu le fait que je vous soumets, je suis de plus en plus convaincu qu'à moins de perte de substance très étendue, et malgré l'âge et la constitution des malades, le maxillaire inférieur se consolide toujours. C'est le périoste très épais doublé d'une muqueuse, à laquelle il est entièrement uni, qui fait les frais de la réparation. Les choses marchent d'autant mieux et d'autant plus vite, qu'il n'y a pas de solution de continuité des parties molles.

Lecture.

De la correction de l'astigmatisme chez les opérés de la cataracte

par M. E. JAVAL.

Renvoyé à l'examen de M. Giraud-Teulon.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 1er décembre 1880.

Présidence de M. MARJOLIN.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine paraissant à Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin médical du Nord.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue médicale de Tou-*

louse. — Le *Journal de thérapeutique de Gubler.* — La *Revue de laryncologie.* — La *Revue scientifique ;*

3° Le *Journal d'Athènes.* — Le *British medical.* — La *Gazette médicale de Turin.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde.* — La *Gazette d'hygiène de Londres.* — Le *Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1880 ;

4° *Des opérations complètement exsangues ;* brochure adressée par le professeur Esmarch, de Vienne ;

5° *Trente-cinq corps étrangers dans le genou gauche; extraction ; guérison*, par le Dr Heurtaux, de Nantes, membre correspondant. (Lecture en sera faite dans une prochaine séance.)

6° *Déviation de la colonne vertébrale, du genou et du pied, consécutive au rachitisme*, ouvrage offert à la Société par l'auteur, le Dr Ceccherelli, de Florence ;

7° *Œdème malin des paupières, traité par les injections iodées après une cautérisation sans résultat*, par le Dr Bréchemier, chirurgien en chef de l'hôpital d'Orléans (Commission : MM. Desprès, Delens, Terrier) ;

8° *Anus accidentel; opérations multiples; guérison*, par le Dr Fontan, de la Nouvelle-Calédonie (Commission : MM. Verneuil, Duplay, Nepveu).

M. le Président annonce que M. Bourgeois, d'Étampes, membre correspondant, assiste à la séance.

Traitement de l'épithélioma de la langue.

(Suite de la discussion.)

M. Verneuil. Je remercie mes collègues de l'accueil qu'ils ont fait à ma communication et de l'assentiment général qu'ils ont donné à mes conclusions.

Je reprends la parole aujourd'hui pour justifier quelques assertions que j'ai émises, et pour formuler une autre proposition aussi importante que la première.

On trouve dans un mémoire de Billroth (de Vienne) et dans la thèse de Schläpfer, élève de M. Rozé (de Zurich), des succès relatifs obtenus à l'acide d'opérations très larges.

Billroth [1], en 1873, présentait à la *Société des chirurgiens alle-*

[1] *Arch. von Langenbeck*, t. XVI, 1873.

mands, un travail sur l'ablation de la langue par la région sus-hyoïdienne : sur 10 opérations, il comptait 4 morts, 5 succès opératoires (ces 5 opérés ont été perdus de vue); mais le 6e, chez lequel l'opération avait été fort étendue, n'avait pas de récidive au bout de dix-huit mois; chez ce dernier, presque toute la langue et tous les ganglions sous-maxillaires des deux côtés avaient été enlevés. La parole était fort distincte et la déglutition facile ; la mastication seule était défectueuse par le renversement des dents du côté de la cavité buccale.

La thèse de M. Schläpfer, en 1878, a pour titre : *De l'extirpation complète de la langue*[1]. L'auteur a réuni 50 cas, parmi lesquels on compte : 11 morts des suites de l'opération, 4 guérisons douteuses, 35 succès opératoires ; 12 de ces 35 opérés ont été suivis pendant un temps suffisamment long. La récidive s'est montrée au bout de 4, 6, 7, 9, 12, 20, 24 et 36 mois. 5 sont morts de cette récidive; 1 est mort de phtisie ; on ignore comment sont morts les 6 autres après la constatation de la récidive.

Les procédés opératoires, qui ont été employés dans les cas précédents, ont beaucoup varié : celui qui a donné la plus grande mortalité est le procédé de Roux ou de Sédillot, qui consiste à sectionner préalablement le maxillaire inférieur sur la ligne médiane. Je ferai ici une remarque très importante : chez les 12 opérés qui ont été suivis, la récidive s'est toujours faite dans les ganglions du cou, et *jamais dans la cavité buccale elle-même.*

Dans tous les cas de MM. Billroth et Schläpfer, il s'agissait d'épithéliomas très graves et très étendus, compliqués d'engorgement ganglionnaire, c'est-à-dire de malades dans des conditions très défavorables, et auxquels MM. Trélat et Le Fort, semblent disposés à refuser les bénéfices d'une opération. Or, dans ces cas, on compte encore un certain nombre de résultats assez encourageant. Dix-huit mois et deux années de survie constituent un succès fort appréciable, et M. Schläpfer affirme que non seulement la vie est prolongée, mais encore qu'elle est rendue moins cruelle.

Qui peut le plus, peut le moins, dira-t-on, et dans les cas légers les résultats seront encore meilleurs. Malheureusement il n'en est rien. La mortalité opératoire est sans doute plus forte lorsqu'on est obligé de faire de grands délabrements. Mais la mortalité consécutive n'est pas beaucoup plus forte dans les cas graves que dans les cas légers; ceux-ci ne donnent pas plus de guérisons ni plus de survie. Il faut, en effet, distinguer la mortalité primitive, résultant de l'opération elle-même, de la mortalité consécutive, pro-

[1] *Uber die vollständige extirpation der Zunge, Zürich,* 1878.

duite par les progrès du mal. Ainsi donc, dans les cas très graves, les résultats sont relativement favorables; dans les cas beaucoup moins graves, les résultats ne sont pas meilleurs.

Quelle est la cause de cette contradiction? La voici : on fait pour les épithéliomas de la langue des opérations parcimonieuses, insuffisantes, toujours suivies de promptes récidives. Ces récidives se font dans l'un des trois points suivants : dans le moignon de la langue, dans les parties molles du plancher de la bouche et dans les ganglions. Les épithéliomas ne se reproduisent pas, comme le cancer, dans des viscères éloignés, dans les poumons ou dans le foie. Ils suivent toujours la même marche et se propagent de proche en proche dans les tissus voisins. La récidive, dans le moignon de la langue et dans le plancher de la bouche, résulte invariablement de ce qu'on a fait une opération incomplète. Il s'agit là bien plutôt de la continuation de la maladie que d'une récidive. J'ai suivi autrefois les errements que je combats aujourd'hui; je me servais avec avantage de l'écraseur linéaire pour l'ablation des épithéliomas de la langue; mais je n'enlevais pas les tissus assez largement. En outre, il y a un certain nombre d'autopsies de sujets morts des suites de l'opération, dans lesquelles on a trouvé un ou plusieurs ganglions dégéuérés qui avaient échappé à l'ablation. M. Terrillon avait donc raison quand il disait qu'il faut rechercher et enlever les ganglions du voisinage. M Kocher (de Berne) les enlève même quand ils ne semblent pas malades, et, depuis qu'il suit cette méthode, il obtient des résultats beaucoup plus avantageux qu'auparavant.

Tous ces faits fournissent la preuve que l'on pratique des opérations incomplètes. Il faut en conclure qu'on doit faire des opérations beaucoup plus larges. Si, après avoir enlevé un épithélioma de la langue et les ganglions dégénérés, le mal récidive dans le plancher de la bouche, c'est qu'on n'a pas enlevé assez de tissus. Un petit épithélioma, limité à la pointe de la langue, ou siégeant à la partie antérieure de l'un de ses bords, peut sans doute être enlevé par les voies naturelles; mais lorsque l'épithélioma occupe le tiers postérieur ou la base de la langue, il faut faire une abl tion plus radicale que celle qu'on peut pratiquer par les voies naturelles.

Il y a à peu près deux ans, j'ai enlevé à un homme la presque totalité de la langue; cependant, comme cette langue ne paraissait pas malade dans toute son étendue, j'en ai laissé environ un cinquième vers la base; j'ai eu une récidive dans le plancher de la bouche, au-dessous de ce tronçon de langue. Une autre fois, j'enlève toute la langue et le plancher de la bouche, en laissant seulement la peau de la région sus-hyoïdienne. Depuis trois ans l'opéré

est bien portant et n'a pas de récidive. Dernièrement, M. Terrillon a enlevé, dans mon service, presque toute la langue dans un cas, et dans l'autre, toute la moitié de la langue. Ces deux malades sont actuellement en bon état. Chez un autre malade, souffrant horriblement, je me suis décidé à faire également une de ces larges opérations ; jusqu'ici le résultat est favorable.

Quel est donc le procédé qui donne réellement des résultats avantageux? Le voici, il comprend plusieurs temps : 1er *temps*. Incision partant de la symphyse du menton et allant jusqu'à l'angle de la mâchoire. Recherche de la faciale sur le bord du maxillaire et section de cette artère entre deux ligatures. 2me *temps*. Ablation par décollement de la glande sous-maxillaire et des ganglions voisins; on rabat la glande en bas, et avant de la détacher, on lie en masse le pédicule qui renferme la faciale avant son entrée dans la glande (procédé que j'ai décrit, il y a quelques années, dans la thèse de M. Boutrebert). Avec ces ligatures préalables, on ne perd pas vingt grammes de sang. 3me *temps*. La région sus-hyoïdienne étant largement ouverte, on recherche la grande corne de l'os hyoïde, puis l'artère linguale que l'on lie. Il est beaucoup plus simple de faire la ligature de la linguale dans ce 3me temps, que de commencer l'opération par la ligature préalable de cette artère. 4me *temps*. On passe une chaîne d'écraseur linéaire sur la ligne médiane de la langue, et on divise l'organe en deux moitiés. Cette section peut se faire assez rapidement, si l'on agit exactement sur la ligne médiane, parce qu'il n'y a pas de vaisseaux qui puissent donner du sang; mais, si l'on empiète avec l'écraseur sur un des côtés de la langue, il faut sectionner plus lentement pour éviter une hémorragie. 5me *temps*. On détache les adhérences de la langue en dehors, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse. Pour cela, il suffit de déchirer avec l'ongle les insertions des génio-glosses et des autres muscles extrinsèques. 6me *temps*. La langue, ne tenant plus que par ses adhérences postérieures à l'os hyoïde et aux piliers du voile du palais, on l'attire avec une pince à travers la plaie sus-hyoïdienne, et on la coupe à sa base avec la chaîne de l'écraseur, le thermo-cautère, l'anse galvanique, les ciseaux ou le bistouri. Cette section se fait à ciel ouvert, et si un vaisseau donnait, on pourrait le lier facilement. 7me *temps*. On fait la suture et le pansement de Lister applicable aux plaies cavitaires.

Par cette opération, on nettoie complètement le plancher de la bouche. Il y a plus de 10 ans que je l'ai pratiquée, à Tours, avec le concours de M. Duclos et de M. Terrillon. Tout marcha à souhait pendant l'opération ; mais le malade, qui était alcoolique, succomba quelques jours après à un phlegmon gangréneux du membre inférieur. Dans trois autres opérations, il n'y eut aucun accident.

C'est une opération simple et sûre, car tout y est réglé à l'avance.

On peut à la rigueur faire l'ablation totale de la langue par une seule incision latérale. Mais, pour l'ablation totale, le procédé de Regnoli, suivi par Billroth, vaut mieux. Je l'ai mis en usage 4 fois. Malheureusement il est grave, et j'ai perdu 3 opérés. J'avais eu la mauvaise chance de tomber sur des sujets à constitution altérée : l'un, albuminurique, est mort d'urémie ; l'autre, alcoolique, succomba à une phtisie galopante ; le troisième, qui était très âgé, est mort d'inanition. Le seul opéré, dont la santé était bonne, a bien guéri de son opération. Il a succombé seulement au bout d'une année à une récidive dans les ganglions carotidiens supérieurs.

La nécessité de faire une large ablation va me conduire prochainement à utiliser, pour la première fois, la section préalable de la mâchoire inférieure chez un de mes malades qui est atteint d'un épithélioma de la langue envahissant le plancher de la bouche. Je ne me dissimule pas la gravité de cette opération préliminaire, mais je ne vois pas d'autre chose à tenter, si je veux faire quelque chose d'utile.

En résumé, après avoir reproché aux médecins de faire un traitement intempestif, inutile et même nuisible, et de ne pas opérer assez vite, je reprocherai aux chirurgiens de ne pas opérer assez largement et faire, dans la grande majorité des cas, des opérations insuffisantes et à peine palliatives, puisque, dans un certain nombre de cas, elles accélèrent plus qu'elles n'arrêtent la marche du mal.

Je n'admets plus les opérations par les voies naturelles que pour les épithéliomas très limités, situés sur le dos, la pointe ou la partie antérieure des bords de la langue.

Si l'épithélioma est plus étendu, s'il occupe les parties postéro-latérales et surtout s'il se propage vers le plancher de la bouche, il faut enlever hardiment la moitié de la langue, les ganglions sus-hyoïdiens, la glande sous-maxillaire et toutes les parties molles susceptibles de servir d'intermédiaires à la propagation du mal.

Pour les épithéliomas qui empiètent sur l'un et l'autre côté, il faut enlever toute la langue et toutes les parties molles du plancher de la bouche.

Quant aux moyens d'exérèse, j'y trouve peu d'importance. Écraseur, thermocautère, ligature élastique, galvanocautère, tous ces moyens sont bons et peuvent servir en les combinant de diverses manières. La question des instruments est accessoire. L'important est de n'avoir aucune confiance dans les opérations prétendues simples ni dans aucun procédé exclusivement. Il faut que le chirurgien se rappelle toujours que l'épithélioma se développe dans ces trois foyers, lingual, buccal et ganglionnaire, et que, pour avoir

les meilleures chances de se mettre à l'abri des récidives, il faut détruire ces trois foyers.

En ce qui touche l'artère linguale, il faut savoir que rien ne met à l'abri de l'hémorragie, quand on la divise près de son entrée dans la langue, ni l'écraseur, ni le thermo-cautère, ni la ligature élastique. Le seul moyen consiste à en faire la ligature préalable.

M. Anger. Tout ce que M. Verneuil vient de dire est absolument pratique. J'avais déjà fait remarquer que la cancer envahit presque toujours un seul côté de la langue, parce qu'il y a sur la ligne médiane une cloison fibreuse qui empêche les communications vasculaires d'un côté à l'autre. Il en résulte qu'on peut habituellement conserver une des moitiés de la langue. Dès 1872, je soutenais que la présence de ganglions du côté affecté de cancer ne constituait pas une contre-indication à l'opération, et que les observations publiées prouvaient que les récidives n'étaient pas plus fréquentes dans le cas de présence des ganglions, à condition que ces ganglions soient tous enlevés. Mais s'il en échappe un ou quelques-uns, la récidive est certaine. J'appuie donc l'opinion émise par M. Verneuil que le seul moyen de se mettre à l'abri des récidives, c'est d'opérer très largement. Habituellement quand toute une moitié de la langue est enlevée, le cancer ne se reproduit pas sur place.

M. Desprès. Je suis d'accord avec M. Verneuil sur la question fondamentale. Cependant il y a deux points sur lesquels je diffère d'opinion avec lui.

1° M. Verneuil dit que, quand on enlève largement un cancer de la langue avec les ganglions, on est plus à l'abri d'une récidive. Eh bien ! non ; ce n'est là qu'une apparence; quand il y a des ganglions appréciables, il y en a d'autres qui ne le sont pas, qui, par conséquent, échappent au chirurgien. Quand un malade a des ganglions et qu'il commence à maigrir, on peu être sûr que le cancer est déjà généralisé. Il est sage alors de s'abstenir. L'opération n'avance ni ne retarde l'issue fatale de la maladie. Rien ne pourra plus arrêter sa marche.

2° Toutes les fois qu'il est nécessaire d'enlever la langue, il faut, d'après M. Verneuil, employer le procédé de Regoli. Mais ne peut-on faire cette opération que par ce procédé ? J'affirme que, toutes les fois que le plancher de la bouche n'est pas pris, on peut attirer à l'extérieur toute la langue et l'enlever tout entière avec l'écraseur linéaire introduit par des voies naturelles. Cette opération ne compromet pas la vie et donne d'aussi bons résultats. Je n'ai perdu qu'un seul malade sur 15 ou 16 opérations semblables. C'est celui

auquel j'ai enlevé la langue autrement que par les voies naturelles.

Beaucoup de ces malades, qui ont subi l'ablation de la langue, ne peuvent plus manger et meurent de faim avant de mourir de leur récidive.

Enfin ne semble-t-il pas évident qu'il vaut mieux faire l'ablation de la langue par la bouche ?

Le pronostic des affections cancéreuses est fort variable suivant l'âge du malade. Un épithélioma lingual présente chez un homme de 70 ans une marche toute differente de celle qu'il présente chez un homme de 30 ans. Chez ce dernier, il marche avec une rapidité inouïe, tandis que la marche est plus lente chez les sujets âgés. Chez les vieillards, on peut donc attendre plus longtemps avant de faire une opération; chez les sujets de 30 à 50 ans, il faut se presser davantage.

M. Verneuil. Les dissidences entre M. Desprès et moi sont minimes. Je n'entends parler que de l'épithélioma et non du cancer vrai de la langue, qui d'ailleurs, est exceptionnement rare. M. Desprès dit que, quand il y a des ganglions appréciables, il y en a d'autres qui ne le sont pas et qui n'en sont pas moins pris. Mais comme la généralisation dans l'épithélioma se fait toujours par la voie ganglionnaire, il y a un moment où les ganglions du district de la tumeur sont seuls malades, tandis que les autres ganglions plus éloignés sont sains. C'est ce moment qu'il faut saisir pour faire l'opération.

M. Desprès dit qu'on peut faire l'opération en soulevant la langue et en l'attirant hors de la bouche. Mais cela n'arrive que chez les personnes saines ; dès que le plancher de la bouche est pris, la langue ne peut plus être soulevée. Alors, l'opération par les voies naturelles n'est plus suffisante. Elle n'atteint pas les ganglions que je conseille d'enlever.

Enfin, il ne faut pas se fier à l'écraseur linéaire pour éviter l'hémorragie quand on coupe les linguales près de leur origine; il ne faut pas se fier davantage au thermocautère ni à l'anse galvanique. Or, en présence de cette hémorragie, comment ferez-vous pour lier le bout de l'artère par les voies naturelles ? Il vaut donc mieux faire l'opération à ciel ouvert, ce qui permettra de lier les linguales très facilement et d'assurer l'hémostase.

M. Labbé. Ce que dit M. Verneuil est parfaitement exact : l'écraseur linéaire, même manié avec une grande lenteur, peut amener une hémorragie. Je me souviens que Foucher eut une hermorragie tellement foudroyante qu'il fut obligé de lier séance tenante la carotide externe. Malgré l'ennui de lier au préalable les deux

linguales, je considère cette pratique comme excellente, puisque l'écraseur linéaire et l'anse galvanique ne donne aucune sécurité contre l'hémorragie. On termine ensuite l'opération avec de grands ciseaux.

M. Desprès. Je n'ai jamais coupé une langue avec l'écraseur sans voir les deux artères linguales coupées, seulement j'opère toujours avec une extrême lenteur. J'ai mis une fois trois heures à faire la section ; malgré cela, une des linguales a donné. Dès que je m'aperçois que du sang s'écoule, je tors le pédicule en tournant l'écraseur sur lui-même ; cette torsion arrête l'hémorragie de l'un des côtés, et de l'autre côté, on voit dans la plaie l'artère qui donne ; il est assez facile de la lier.

M. Terrier. Je n'ai jamais fait l'ablation de la langue, mais je désire demander des renseignements à mes collègues. M. Anger vient de dire qu'il y avait, au milieu de la langue, une cloison fibreuse qui empêchait la propagation du cancer d'un côté à l'autre. Cependant, j'ai souvent vu, à Bicêtre, des cancers occupant les deux moitiés de la langue et auxquels je me suis bien gardé de toucher. D'une autre part, j'ai bien souvent recherché cette lame fibreuse médiane chez les animaux et chez l'homme, et je ne l'ai jamais trouvée.

M. Labbé a dit qu'avant de faire la section de la langue, il lie les artères linguales. Je désirerais savoir où il fait la ligature ; est-ce en avant ou en arrière du digastrique, avant ou après la naissance de l'artère dorsale de la langue.

M. Anger. Si on examine une coupe tranversale de la langue, on voit sur la ligne médiane une petite ligne blanc-jaunâtre qui sépare la langue en deux moitiés ; c'est là la lame fibreuse verticale de la langue.

M. Sée. Je n'ai jamais trouvé cette lame fibreuse médiane. Mais ce que j'ai constaté, c'est qu'à la partie inférieure de la langue, entre les deux génio-glosses, il y a beaucoup de tissu cellulaire graisseux, qui forme plus haut une mince cloison. Au-dessus de cette cloison, il existe un entrecroisement de faisceaux musculaires.

Il est assez commun de voir l'épithélioma traverser la ligne médiane et envahir les deux moitiés de la langue. Mais quand une seule moitié de la langue est envahie, il y a souvent des ganglions des deux côtés.

M. Labbé. Jusqu'ici, j'ai toujours lié la linguale dans le lieu classique ; mais je sais qu'il vaut mieux faire la ligature en arrière

des digastriques. Pourtant, toutes les fois que j'ai fait la ligature en avant des digastriques, je n'ai pas eu d'hémorragie.

Présentation de malade.

Abcès froid du cou ; incision ; rugination de la poche purulente ; suture ; pansement de Lister ; réunion par première intention.

M. Trélat fait présenter en son nom par M. Campenon, son chef de clinique, un malade rapidement *guéri d'un abcès froid au cou*, volumineux, d'origine ganglionnaire.

Une guérison rapide et sans délabrements, presque sans traces, est particulièrement intéressante pour une région fréquemment atteinte, exposée aux regards et dont les différents organes ont besoin de conserver leur mobilité relative.

Le malade a été opéré il y a quinze jours. Dès le second pansement, on pouvait le considérer comme guéri. Aujourd'hui, le résultat est complet.

L'opération, qui appartient aux procédés listériens, comporte les temps suivants : 1° incision suffisante pour permettre d'inspecter et d'atteindre tous les points de la cavité ; 2° rugination totale des parois de la poche, c'est-à-dire remise à neuf de la surface suppurante, ou transformation de cette surface en une plaie saignante ; 3° lavage phéniqué à 5 0/0 ; 4° placement d'un drain dans toute la hauteur de la poche ; 5° suture de toute l'incision, sauf le point de sortie du drain ; 6° pansement de Lister.

C'est la troisième fois que M. Trélat emploie ce procédé avec succès pour des abcès froids non ossifluents.

Voici l'observation du malade :

P... Jules, âgé de 21 ans, entre le 11 novembre 1880, dans le service du Dr Trélat, salle Saint-Pierre n° 54, hôpital Necker.

Antécédents. Le malade n'a jamais fait de maladie grave. Il a eu des glandes au cou étant jeune; elles ont disparu sans suppurer. Vers la fin de septembre, douleur sourde au niveau du sterno-mastoïdien gauche, augmentant par la rotation de la tête à gauche, et apparition d'une tumeur qui se développe lentement.

État actuel. Si on regarde le malade de face, on constate la présence d'une tumeur qui occupe la partie latérale gauche du cou et qui empiète sur la ligne médiane de façon à faire croire *à priori* à un goître. La palpation permet de la limiter exactement ; elle est située en avant du muscle sterno-mastoïdien qui la tend lorsqu'on le fait contracter; elle déborde un peu ce muscle en arrière ; en dedans elle passe en avant du

larynx et recouvre presque son côté droit; en haut elle s'arrête à un travers de doigt du bord inférieur du maxillaire inférieur; en bas elle descend presque jusqu'à la clavicule. Cette tumeur est actuellement fluctuante, mais la poche est peu distendue par le liquide. Son contour est nettement marqué par un bourrelet dur. La tumeur n'est pas mobile sur les parties profondes; elle est peu douloureuse à la pression et par les mouvements. L'exploration de la colonne vertébrale ne fait rien découvrir.

Diagnostic. Abcès froid d'origine ganglionnaire.

Traitement. Le 16 novembre, M. Trélat ouvre largement l'abcès; le pus écoulé, il nettoie la poche avec de l'eau phéniquée, et pratique une rugination complète des parois de l'abcès.

Cela fait, il fait un lavage à l'eau phéniquée à 5 0/0, place un drain dans la poche et en suture les bords.

Le 19 novembre, premier pansement. M. Trélat enlève les points de suture à l'exception du premier, la réunion superficielle est complète, on raccourcit un peu le drain.

Le 21 novembre, deuxième pansement; enlèvement du dernier fil; réunion parfaite; suppuration peu abondante, diminution du drain.

Le 27 novembre, on enlève complètement le drain, la poche est presque fermée.

Le 1er décembre. L'abcès est guéri, il ne reste qu'une petite ulcération superficielle.

Présentation d'instrument.

Pince à phimosis

par M. Maurel, médecin de la marine.

J'ai l'honneur de présenter à la Société de chirurgie, une *pince à phimosis* dont je me sers depuis 1872.

Comme on peut le voir, elle diffère essentiellement de celles qui sont connues et tout particulièrement de celle de Vidal de Cassis en ce qu'elle est courbe.

Or, je dois le dire, cette forme toute particulière n'est pas un simple caprice d'inventeur.

Frappé depuis longtemps de la nécessité dans laquelle on est le plus souvent, après s'être servi des autres pinces, de faire une incision dorsale et même l'excision des deux lambeaux qui en résultent, j'ai cherché un instrument qui permît de faire *en un seul temps* et la circoncision et l'excision dorsale. C'est de ces recherches qu'est née la pince que je soumets aujourd'hui à votre appréciation.

Outre ce premier avantage, elle permet de faire la section avec

des ciseaux, instrument tranchant que je trouve de beaucoup préférable, toutes les fois qu'il s'agit d'inciser des parties molles et flottantes comme le prépuce.

Enfin les branches étant lisses ne contusionnent pas les parties qui restent, et, comme je vais le dire en décrivant le procédé, donnent la facilité de l'appliquer plusieurs fois, comme essai, et de choisir ainsi exactement le point sur lequel va porter la section.

Pour m'en servir, je cherche d'abord le limbe muco-cutané de la face dorsale du prépuce et je le saisis par toute la longueur d'une pince à verrou ou de Péan ; puis une seconde pince est placée dans les mêmes conditions, tout à fait à côté du frein. Saisissant alors la pince de la main gauche, les branches écartées et les anneaux tournés du côté de l'abdomen de l'opéré, je l'applique sur le tiers du gland et serre les branches en même temps que je cherche à les ramener en arrière. Le gland fuit alors sous la pression, mais je puis ainsi prendre une quantité toujours assez grande de prépuce pour faire une ouverture préputiale suffisante.

Du reste, et c'est là, je l'ai dit, un des avantages de cette pince, pour plus de sûreté, on peut suivre avec une plume ou un crayon dermo-graphique la convexité de l'instrument et tracer ainsi sur le prépuce l'incision qu'aurait faite les ciseaux. Retirant alors la pince, on se rend compte de ce qui aurait été fait et on remédie à ce que l'opération ainsi faite aurait présenté de défectueux. On peut même, pendant que l'instrument est en place, les branches étant mousses, faire glisser les parties, soit vers le frein, soit du côté de la face dorsale et n'opérer que lorsqu'on a acquis la certitude que la section sera suffisante.

Cette section est faite avec des ciseaux, d'une seule fois autant que possible, en commençant du côté du frein et en suivant exactement la convexité de la pince que guide l'instrument tranchant. Ce temps de l'opération est des plus faciles. La section, en effet, a lieu sur des parties étalées par la pince et tendues entre elle et les pinces à verrou confiées à un aide.

Jusqu'à présent, j'ai toujours vu, même avec des prépuces les plus étroits, l'ouverture du prépuce résultant de l'incision être suffisante pour pouvoir, immédiatement après l'opération, le ramener en arrière du gland. C'est une manœuvre à laquelle je ne manque jamais. Je puis ainsi débarrasser le sillon balano-préputial des concrétions qui ont pu s'y former.

Le prépuce replacé dans sa situation normale, je laisse tomber pendant quelques minutes de l'eau froide sur l'incision pour diminuer l'hémorragie en ayant soin de maintenir au contact la peau et la muqueuse. C'est là, du reste, chose facile. Puis, après avoir laissé s'écouler une demi-heure ou trois-quarts d'heure, temps pendant

lequel la verge est simplement entourée d'une compresse mouillée, j'assure la réunion à l'aide de serres-fines dont l'ensemble varie de 8 à 12. Sauf en face du frein, j'ai toujours obtenu la réunion par première intention. Elle est assurée le second jour, époque à laquelle j'enlève les serres-fines et me contente d'un gâteau de charpie trempée dans le coaltar saponiné.

Tel est le procédé que j'emploie. Je lui trouve les avantages suivants :

1° D'assurer une ouverture préputiale suffisante en permettant de faire la circoncision et l'excision dorsale en même temps ;

2° De délimiter exactement le point où doit porter la section ;

3° D'assurer la netteté de l'incision, de ne pas mâcher les chairs qui restent et ainsi d'éviter au malade une partie de la douleur, en même temps que de ne pas entraver la réunion par première intention.

4° De permettre de se servir de ciseaux, ce qui facilite beaucoup l'opération.

Les pinces droites, en effet, condamnant l'opérateur, s'il se servait de ciseaux, à laisser au delà d'elles une partie des tissus égale à l'épaisseur d'une lame de ciseaux.

5° D'enlever une quantité de peau égale seulement à la quantité de muqueuse et, par conséquent, d'éviter le retrait de la peau vers la base de la verge, inconvénient que l'on considère généralement comme inévitable avec tous les autres procédés.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 8 décembre 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques de la semaine;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine*. — Les *Archives de médecine*. — Le *Montpellier médical*. — Le *Bulletin général de*

thérapeutique. — Le *Lyon médical*. — L'*Alger médical*. — La *Revue médicale de l'Est*. — La *Revue scientifique;*

3° Le *British medical*. — La *Gazette médicale italienne-lombarde*. — La *Nouvelle gazette d'hygiène de Londres;*

4° Une observation d'*étranglement de l'intestin grêle par un diverticule adhérent à la paroi abdominale antérieure, laparatomie, guérison*, par le Dr Cazin, membre correspondant (lecture sera donnée dans une prochaine séance);

5° *Luxation incomplète par rotation des vertèbres*, par le Dr Guillon de la Tremblade (rapporteur M. Anger);

6° *Du pansement des plaies*, par le Dr Sejourut de Revin (rapporteur M. Terrier);

7° *Observations de différents corps étrangers* adressées par MM. Bezzi, Dumas, Bernard, de Cannes (rapporteur M. Verneuil);

8° *Observations d'opérations de phimosis*, par M. Maurel, de Cherbourg (rapporteur, M. Horteloup);

9° Brochures sur certains points de chirurgie, envoyées par M. Pilate, d'Orléans;

10° *De la résection du poignet*, par le Dr Folet, de Lille;

11° *Bulletin de la société médicale des hôpitaux*, année 1879;

12° *Bulletin de la société des sciences médicales de Gannat;*

13° *Notice sur Gratiolet et Broca*, par le Dr Boymier, de Sainte-Foy-la-Grande.

Traitement de l'épithélioma de la langue.

Suite de la discussion.

M. Terrillon. A propos de la discussion qui vient de se produire sur l'épithélioma de la langue, je compte rapporter trois observations, qui peuvent avoir une certaine importance pour éclaircir la question si difficile de l'opportunité de l'intervention chirurgicale dans ces cas et du procédé le plus utilisable.

Les deux premiers malades présentent une certaine analogie, au point de vue des désordres du côté de la langue, et surtout au point de vue de l'opération, qui fut la même dans les deux cas. Je décrirai donc l'histoire des deux malades séparément, mais en réunissant les deux opérations dans une même description.

Quelques réflexions suivront la description de ces deux malades.

Obs. I. — H..., âgé de 43 ans, horticulteur à la Martinique, vint à Paris au mois de septembre 1880. Il avait été adressé à M. le professeur Verneuil, et entra dans son service.

Maigre, petit, mais jouissant, en général, d'une excellente santé.

Depuis le mois de novembre 1879, il a remarqué, sur le bord gauche de la langue, une ulcération douloureuse, à base épaisse, qui l'a beaucoup inquiété dès le début. Pendant quatre ou cinq mois, l'ulcération resta stationnaire; mais, à partir du mois de mai de cette année, elle augmenta assez rapidement. En même temps la langue devint dure vers sa partie postérieure; les mouvements de cet organe devinrent douloureux, gênés; la mastication, la parole et la déglutition étaient devenues très pénibles. Une salivation abondante le gênait beaucoup, ainsi qu'une douleur spontanée, fréquente, surtout dans l'oreille.

En l'examinant, on trouve les lésions suivantes : Une ulcération occupe presque tout le bord gauche de la langue; elle repose sur une base indurée occupant toute la moitié gauche de la langue, excepté la pointe et la partie latérale droite, vers sa partie postérieure. L'induration occupe donc presque toute la portion postérieure de la langue jusqu'au niveau de la portion verticale.

Le plancher de la bouche à gauche est légèrement atteint. Le pilier antérieur est intact, ainsi que les ganglions sus-hyoïdiens, qui paraissent sains à la palpation.

En présence de ces signes, de la gêne énorme et des douleurs éprouvées par le malade, de l'absence de ganglions apparents, je crus nécessaire de faire l'ablation totale de la portion horizontale de la langue et du côté gauche du plancher de la bouche.

Obs. II. — M..., âgé de 49 ans, entre à l'hôpital de la Pitié le 21 septembre 1880.

Cet homme, vigoureux, sanguin, s'est aperçu qu'il avait une petite tumeur légèrement ulcérée, douloureuse, sur la partie latérale gauche et antérieure de la langue, à une petite distance de la pointe. C'est vers le mois de mai 1879 qu'il commença à en être légèrement incommodé, principalement dans la mastication.

Cette petite tumeur augmenta progressivement jusqu'au mois de septembre de la même année, époque à laquelle il entra pour la première fois à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Verneuil, que je suppléais.

La petite tumeur avait environ quatre centimètres d'étendue sur deux centimètres de largeur, et occupait exactement le bord de la langue, à un centimètre et demi de la pointe; sa surface était légèrement ulcérée, irrégulière et papillaire, comme le sont, en général, les épithéliomas. La palpation, qui était assez douloureuse, donnait une sensation d'induration très manifeste, se prolongeant sans limites bien distinctes dans le tissu même de la langue. Elle n'avait pas donné lieu à une hémorragie véritable, mais, plusieurs fois, le malade avait vu quelques gouttes de sang au moment de la mastication. On ne trouvait aucune trace de ganglions dans la région sus-hyoïdienne.

Après m'être assuré qu'aucune dent ne pouvait être la cause de cette ulcération, et reconnaissant là les caractères d'un épithélioma en voie d'accroissement, je n'hésitai pas à pratiquer l'ablation large de cette tumeur. L'opération fut faite au moyen d'un thermocautère, en procédant avec lenteur, de façon à ne pas perdre une goutte de sang.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; la cicatrisation marcha rapidement, et le malade, que je revis quelque temps après, portait une cicatrice relativement peu gênante et il semblait très satisfait du résultat obtenu.

Malheureusement, au mois de mars 1880, c'est-à-dire cinq mois après sa guérison, il sentit de nouveau une tuméfaction se développer au niveau de la cicatrice; bientôt cette partie augmenta de volume, donna une gêne considérable aux mouvements de la langue et s'ulcéra légèrement.

Bientôt la gêne de la parole, de la mastication et de la déglutition le forcèrent à venir de nouveau à l'hôpital de la Pitié.

Je constatai que la langue était indurée dans les trois quarts de son épaisseur, et que le bord droit, dans une étendue d'un centimètre environ, ainsi que la pointe, étaient seuls indemnes.

Le plancher buccal du côté malade était peu atteint. On ne sentait aucun ganglion apparent dans la région sus-hyoïdienne.

Le malade désirait beaucoup être opéré à cause de la gêne et de la douleur qu'il éprouvait presque continuellement.

Opération. — Celle-ci fut absolument la même chez mes deux malades, sauf quelques incidents spéciaux.

Un premier temps consista à faire une incision, concave en haut, partant de la partie latérale gauche de la symphise du maxillaire, pour se terminer vers l'angle de la mâchoire. Elle correspondait à peu près pour une portion à celle qu'on pratique pour la ligature de la linguale.

La dissection de la région fut faite lentement en liant tous les vaisseaux, la glande sous-maxillaire fut enlevée, on trouva à sa face interne plusieurs ganglions gros comme de petits haricots, indurés et atteints d'épithélioma. L'examen micrographique démontra ce fait très nettement. L'artère linguale, à son origine, fut liée chez le premier malade seulement. Les muscles qui vont du maxillaire à la langue et l'os hyoïdien furent coupés.

La région sus-hyoïdienne gauche fut donc nettoyée complètement, mais il n'y avait pas encore eu pénétration dans la bouche, car la muqueuse était restée intacte.

Un second temps eut pour but de circonscrire la partie malade avec une chaîne d'écraseur. Je procédai de la façon suivante : avec une grande aiguille courbe, montée sur un manche et munie d'un chas, je pénétrai vers l'angle postérieur de la plaie, au niveau de la base du pilier antérieure gauche, de façon à faire pénétrer la pointe de l'aiguille derrière la base de la langue. Je contournai avec l'instrument la base ou portion verticale de la langue en passant au-dessus de l'épiglotte, puis, arrivant dans le sillon qui sépare le pilier droit de la langue, je ramenai l'aiguille dans le sillon gingivo-lingual droit ; elle contourna ensuite la pointe de la langue, en passant au-dessus des orifices des canaux de Wharton, et je la fis ressortir enfin par l'extrémité interne de la plaie. Dans tout ce trajet autour de la langue l'instrument, étant intra-buccal, ne blessait aucunement la muqueuse et occasionnait ainsi une perte de sang insignifiante. On comprend que ramenant en sens

inverse du chemin parcouru une chaîne d'écraseur, je pus circonscrire dans cette chaîne toute la partie horizontale de la langue.

La section fut faite lentement; mais j'avais eu soin, après avoir serré la chaîne, de déchirer la muqueuse buccale à gauche, au niveau de son insertion sur le maxillaire, et de tirer en dehors la langue par la brèche largement faite dans la région sus-hyoïdienne.

La perte de sang fut minime chez le premier malade; mais sur le second, chez lequel je n'avais pas pratiqué la ligature de la linguale à gauche, il y eut une légère hémorragie par la section trop rapide de cette artère; mais je hâtai la section de la langue, et je pus, avec grande facilité, saisir l'artère et la lier avec soin. La large plaie que j'avais faite me donnait une grande facilité pour cette manœuvre.

Comme le moignon de la langue, qui restait, se renversait sur le larynx, je passai un fil double, en arc, qui permit de le maintenir. Je fixai ce fil à une suture de la partie antérieure de la plaie superficielle, jusqu'à ce que les adhérences fussent suffisantes pour empêcher cet accident.

Enfin, dans *un dernier temps*, je pratiquai avec exactitude la suture totale de la plaie du cou, ne laissant à son milieu qu'un orifice qui donnait passage à un tube à drainage sortant par l'orifice buccal. Ce tube avait pour but de permettre l'écoulement des liquides et d'éviter ainsi au malade des mouvements de déglutition trop souvent répétés.

Les suites furent des plus simples. Les sutures furent enlevées le septième jour; la réunion était complète. Le tube à drainage fut enlevé à cette époque ainsi que le fil lingual.

Les deux malades, qui avaient pu s'alimenter facilement, sortirent quinze jours après de l'hôpital, parlant d'une façon très distincte et enchantés de leur état.

J'ai revu le premier il y a quelques jours; toute la plaie buccale est cicatrisée; il parle avec assez de facilité et se trouve très satisfait. Le second, qui est retourné à la Martinique, m'a donné de ses nouvelles qui sont excellentes.

Les réflexions qui méritent d'être signalées à propos de ces deux malades sont les suivantes :

Chez un des malades l'opération première, incomplète, et n'ayant pas suffisamment dépassé les limites du mal, n'a pas empêché le cancroïde d'infiltrer la langue aussi largement que chez celui qui n'a pas subi d'opération. La conclusion est donc en faveur de l'ablation large d'emblée.

Malgré la quantité des désordres résultant de l'inflammation, la guérison fut rapide et le résultat important pour les malades qui n'eurent plus ni douleurs, ni tiraillements, ni gêne considérable de la déglutition, et qui étaient ravis du résultat obtenu. La parole elle-même était distincte et même plus facile qu'auparavant, alors que les mouvements de la langue étaient considérablement gênés,

La méthode sus-hyoïdienne latérale, avec ouverture large, permet d'enlever les ganglions malades non reconnus par la palpation. Elle permet aussi de se mettre à l'abri de l'hémorragie occasionnée souvent par l'écraseur, et au besoin de lier préventivement les linguales ou du moins celle du côté malade.

Enfin ces deux observations prouvent encore que le raphé médian, rudimentaire chez l'homme, n'empêche nullement la propagation de l'épithélioma d'un côté à l'autre de la langue.

J'aurai soin de publier plus tard le résultat définitif obtenu chez ces deux malades, alors que la récidive, qui est à craindre, sera revenue. Ces deux observations pourront donc ainsi servir à éclairer la question posée si nettement par M. Verneuil.

Obs. III. La *troisième malade*, à propos de laquelle j'ai quelques réflexions à présenter, est une femme de 32 ans, non mariée et sans enfant, ouvrière.

Cette femme, âgée de 32 ans quand je la vis pour la première fois, présentait, du côté gauche de la langue, une ulcération allongée de trois à quatre centimètres, irrégulière, papillaire, reposant sur une base indurée assez profonde occupant le parenchyme de la langue. Elle éprouvait de la douleur par la mastication, la parole, et même spontanément, avec irradiation vers la partie voisine de l'oreille. Tous ces signes étaient évidemment ceux du cancroïde, et le diagnostic aurait été fait sans hésitation, malgré l'âge de la malade et l'absence des ganglions qui, cependant, n'a pas une importance énorme dans le cas présent.

Aucune dent malade ou échancrée ne semblait être la cause de cette ulcération, aucune trace ou antécédent de syphilis n'était visible ou ne pouvait être soupçonné.

Cependant, voulant éviter toute cause d'erreur, la malade fut soumise à un traitement antisyphilitique prolongé; une dent fut arrachée et les autres surveillées avec soin.

Malgré ces soins, l'ulcération s'agrandit, et l'induration augmentait d'une façon progressive et envahissait petit à petit le parenchyme de la langue. Aussi, je n'hésitai pas à débarrasser la malade de cette tumeur, qui me semblait être un cancroïde parfaitement caractérisé.

Aidé par notre collègue, M. Ch. Monod, je fis l'ablation de la tumeur, il y a plus de deux ans et demi, avec le thermo-cautère, en ayant soin de dépasser assez largement les limites de l'induration. L'opération se termina heureusement sans perte de sang; les suites furent bénignes pendant les huit premiers jours. Le huitième jour, il y eut une hémorragie assez abondante au moment de la chute de l'eschare. Le sang venait d'une artériole petite, mais s'arrêta assez facilement au moyen d'un tampon imbibé de perchlorure de fer.

Malgré cet accident, la cicatrisation eut lieu après un mois environ.

La malade, depuis cette époque, a une cicatrice souple, peu gênante

pour les mouvements de la langue; mais aucune apparence de récidive n'a eu lieu. Les ganglions sus-hyoïdiens n'ont donné aucun signe appréciable.

Je sais que le cancroïde de la langue est rare chez la femme l'âge de ma malade était aussi peu favorable à cette idée; cependant je crois qu'il était impossible ici de penser à une autre affection, car les signes étaient tous absolument semblables à ceux donnés par les cancroïdes chez l'homme.

Peut-être y a-t-il eu erreur, ce qui est difficile à dire, l'examen microscopique n'ayant pas été pratiqué, la tumeur étant dénaturée par le thermocautère. En tout cas, ce fait présente un certain intérêt, surtout en présence de faits analogues publiés par quelques auteurs, et entre autres, un cas signalé par M. Guyon dans le cours de cette discussion.

Plus tard, s'il survient quelques phénomènes intéressants chez ma malade, que je puis surveiller facilement, j'aurai soin d'en entretenir la Société pour donner la suite de son observation.

La publication d'autres faits semblables pourrait, plus tard, éclairer la question des cancroïdes de la langue chez la femme.

M. Desprès demande si l'examen microscopique de la dernière tumeur enlevée par M. Terrillon a été fait.

M. Terrillon répond que cet examen n'a pas été fait. L'opération avec le thermocautère empêchant le plus souvent l'examen utile des tumeurs.

M. Desprès. L'expérience nous a appris que les éphitéliomas de la langue se comportent comme les cancers. Je crois que la tumeur de la langue, chez la femme dont M. Terrillon vient de parler, a été l'objet d'une erreur de diagnostic. Il ne s'agissait pas d'un cancer. Dans les cas, où l'on compte plus de deux ou trois années de survie, on n'avait pas affaire à un cancer. Il y a, d'ailleurs, des faits exceptionnels.

Ce n'est pas avec deux ou trois observations qu'on peut affirmer la supériorité de l'ablation du cancroïde lingual par la région sus-hyoïdienne. Quand le cancroïde est limité on peut l'enlever très largement par les voies naturelles ; quand il s'accompagne de ganglions, il ne faut pas y toucher.

M. Verneuil. M. Desprès nous force à répéter qu'en se rapportant aux faits publiés, on a pu avoir deux et trois années de survie chez des malades dont les ganglions étaient pris. Puisque M. Desprès continue à dire qu'il ne faut pas opérer dans ces cas, je répète à mon tour qu'il faut faire des opérations très larges. M. Desprès

dit qu'il ne faut pas opérer par la voie sus-hyoïdienne ; je réponds qu'il faut précisément choisir cette voie, parce qu'elle permet mieux d'enlever tous les ganglions. Dans certains cas ce procédé n'est même pas suffisant. Ce matin, pour la première fois, j'ai pratiqué l'opération de Roux et de Sédillot, c'est-à-dire la section du maxillaire inférieur sur la ligne médiane. C'était le seul procédé praticable dans ce cas ; le malade n'a presque pas perdu de sang. L'opération a été sans doute laborieuse, mais elle a donné un bon résultat.

M. Desprès. Je dis qu'il ne faut pas opérer quand il y a des ganglions dégénérés et de la cachexie cancéreuse.

M. Verneuil. Tout le monde sait que quand il y a un épithélioma de la langue et quelques ganglions dégénérés, il n'y a pas de cachexie cancéreuse.

M. Labbé. On voit des épithéliomas compliqués de ganglions dans toute la région cervicale, il n'y a pas de cachexie, et, quand on les opère, il n'y a pas de récidive.

M. Desprès. Avez-vous fait des autopsies de malades morts de cancer avec des ganglions; vous auriez trouvé des ganglions dégénérés dans le mésentère et ailleurs. C'est ce que j'appelle de la cachexie.

M. Terrillon. La tumeur que j'ai enlevée sur la femme en question, était absolument semblable aux tumeurs que nous enlevons tous les jours chez les hommes et que nous considérons comme des épithéliomas. Quant au procédé que j'ai suivi, je ne dis pas qu'il soit le meilleur dans tous les cas, je dis seulement que la voie sus-hyoïdienne permet d'enlever toute la langue avec sécurité.

Rapport

Par M. Guéniot.

Sur une note de M. le Dr E. Périer, intitulée :

Luxation congénitale du genou, renversement complet de la jambe sur la cuisse.

Messieurs, le travail que j'ai eu l'honneur de vous communiquer sur ce sujet, en juillet dernier, a provoqué, de la part d'un de nos confrères de Paris, M. le Dr E. Périer, l'envoi à la Société de la note intéressante dont je viens aujourd'hui vous rendre compte. Permettez-moi d'abord de la mettre intégralement sous vos yeux ;

j'y ajouterai ensuite de nouveaux détails, ainsi que les commentaires qu'elle me semble comporter.

Le 21 août 1880, dit notre confrère, j'étais appelé après de Mme C... (qui habite le Palais de l'Élysée, où son mari est employé) pour examiner l'enfant dont elle venait d'accoucher, et qui était né avec la jambe gauche fléchie en avant, au point de s'appliquer exactement sur la face antérieur de la cuisse. D'après la sage-femme qui l'avait assistée, tout s'était passé naturellement, et nous savons que la grossesse n'avait rien présenté d'anormal.

Quand je vis l'enfant, un profond sillon transversal existait en avant, au niveau de la rotule; et, quand on ramenait la jambe, de son attitude vicieuse, à la rectitude, on sentait en arrière, dans le creux poplité, la saillie du fémur. J'obtins sans peine le redressement du membre ; mais je ne parvins à fléchir la jambe en arrière, dans le sens normal, qu'après avoir exercé sur elle des tractions, pendant qu'une contre-extension était faite sur la cuisse. Profitant pour cela d'un moment de sommeil de l'enfant, je mis les surfaces articulaires dans leur rapport normal et plaçai la jambe dans la flexion ; après quoi, j'appliquai un petit appareil contentif.

Le lendemain, la luxation s'était maintenue réduite; mais il était extrêmement facile de la reproduire, comme a pu le faire, plusieurs fois, M. le Dr Théophile Anger qui a bien voulu, ce jour-là, voir la petite malade avec moi. En raison de cette facilité de reproduction que présentait le déplacement articulaire, nous avons cru devoir immobiliser le membre dans un appareil et nous espérons que la guérison ne se fera pas longtemps attendre.

Ici se termine la note de M. E. Périer. Je dois dire que ses espérances ne se réalisèrent pas ; car le 4 octobre suivant, l'enfant me fut adressé par notre honorable confrère, M. Leroy, médecin ordinaire de la famille, et je pus alors constater les particularités suivantes :

La petite fille, âgée de six semaines, offrait encore, d'une manière bien caractérisée, la difformité que j'ai précédemment décrite devant vous (séance du 7 juillet 1880). La jambe gauche, en effet dans une légère rotation en dehors, se maintenait en état d'extension exagérée, de telle sorte qu'elle formait, avec la face antérieure de la cuisse, une ligne concave dont le sommet correspondait au genou. Les contractions musculaires avaient pour effet d'accentuer passagèrement la difformité. Au niveau du genou se remarquaient deux plis de flexions très étendus et très profonds que l'on ne pouvait effacer par aucun moyen. L'un de ces plis en particulier, le supérieur, occupait toute l'étendue transversale de la cuisse à deux centimètres au-dessus de la rotule. Celle-ci conservait, d'ailleurs, toute sa mobilité. En arrière, le creux poplité se trouvait effacé ; et, dans sa moitié supérieure, on rencontrait

une grosse saillie osseuse, formée par les condyles fémoraux, par l'interne surtout, qui était le plus proéminent.

Le triceps crural était manifestement rétracté et opposait à la réduction des surfaces articulaires une forte résistance. Il formait, sous les téguments, une corde tendue, dès que l'on cherchait à fléchir un peu la jambe. Cette flexion même ne pouvait être obtenue par un moyen de douceur ; il eût fallu, pour réussir, employer la force ; je jugeai prudent de ne pas y recourir. Le membre offrait un volume normal et l'on ne constatait ni atrophie, ni paralysie musculaire.

En présence de ce fait, quel pronostic convenait-il de porter ? Me basant sur les exemples antérieurs, que j'ai consignés dans mon travail, et tout spécialement sur les deux qui me sont personnels, il me parut que la lésion devait être considérée comme bénigne, et que le retour de la forme, comme celui des fonctions, ne se ferait vraisemblablement pas attendre au delà de quelques semaines ou, au plus, de quelques mois.

Pour obtenir ce résultat, je crus préférable de renoncer à l'emploi d'un appareil, à cause des inconvénients qui en sont inséparables, chez un aussi jeune sujet. Je me bornai conséquemment à conseiller : 1° d'emprisonner le membre, doucement étendu, dans un maillot serré, le membre sain devant servir en partie de tuteur à son congénère ; 2° l'enfant étant préalablement mis à nu, d'opérer deux ou trois fois par jour, sur la jambe, des tractions légères combinées avec de petits mouvements de flexion.

Vous me pardonnerez ces détails, Messieurs ; car, si je ne me trompe, ils sont le complément nécessaire de la note un peu trop laconique de notre confrère, M. Périer. Si je ne les ai pas communiqués plus tôt, c'est que j'espérais revoir la petite malade et parachever son observation. Malheureusement je n'ai plus eu de ses nouvelles. Faut-il en inférer qu'elle est guérie ? C'est ce que je présume, sans pouvoir, bien entendu, en rien l'affirmer.

Les cas de ce genre sont, du reste, assez rares pour qu'il soit utile de les réunir et de préparer ainsi une étude complète du sujet. Permettez-moi, à ce propos, d'en consigner encore un nouvel exemple, qui a été publié, à la suite de notre séance du 7 juillet, dans l'*Union médicale* du 14 octobre dernier. Cette observation est du Dr J. Bertin, de Gray.

Le 30 août 1873, écrit notre confrère, étant appelé au village de Mantoche pour terminer un accouchement, je trouvai une primipare de 20 ans, petite, brune, à terme, qui offrait une présentation des fesses. Je fis l'extraction par les pieds, sans trop de difficulté, et sans rien remarquer d'anormal dans la position des membres inférieurs.

L'enfant du sexe masculin, pesant 3 kilogr., par conséquent un

peu gros pour la taille exiguë de la mère, vint asphyxié, et il fallut s'en occuper.

C'est alors que, la sage-femme et moi, nous remarquâmes l'étrange aspect de la jambe gauche, vraie jambe de polichinelle pour les mouvements; mais si on l'abandonnait à elle-même, elle se repliait au genou de façon que sa face antérieure arrivait au contact de la face antérieure de la cuisse. Il arriva même, dans les mouvements pour le rappeler à la vie, que sa jambe passa sur l'épaule, le mollet appuyé sur le dos, et parut avoir trouvé sa position, sinon normale, au moins habituelle. Cependant, je le répète, la recherche du pied ne m'avait rien fait soupçonner. Il était facile de constater que la jambe avait sa forme et son volume. Elle avait dû être saisie par la contraction utérine à une certaine époque de la grossesse, et les ligaments du genou avaient été peu à peu allongés. La mère n'avait fait aucune chute, et rien ne pouvait faire prévoir cet événement.

Je verrai toujours la stupéfaction de la sage-femme, qui n'était pas éloignée, du reste, de m'accuser d'avoir luxé le genou de son nouveau-né.

Je conseillai le massage et surtout l'emmaillotement; quinze jours après toute trace de déformation avait disparu.

Je rencontre souvent l'enfant; rien ne ferait soupçonner ce qui eut lieu à sa naissance.

Ce fait est le huitième de ceux que j'ai pu réunir jusqu'ici. Il est le seul dans lequel l'enfant se soit présenté par l'extrémité pelvienne, et l'on a vu comment les manœuvres que nécessita son extraction faillirent être imputées à mal au chirurgien. Cela montre du moins qu'il peut n'être pas inutile de connaître l'origine congénitale d'une telle difformité.

Je termine, Messieurs, en vous proposant d'adresser à M. le Dr E. Périer des remerciements pour l'intéressante note qu'il nous a communiquée.

Ces conclusions mises aux voix sont adoptées.

Rapport

par M. Nepveu.

Sur une inclusion testiculaire

Observation communiquée par M. Pilate, d'Orléans.

Messieurs, au nom d'une commission composée de MM. Verneuil, Delens et Nepveu, rapporteur, j'ai l'honneur de vous présenter

quelques observations sur un fait des plus intéressants, qui a été communiqué par le Dr E. Pilate, d'Orléans, sous le titre de *kiste dermoïde pileux et ossifère du testicule.*

Permettez-moi de vous en rappeller l'histoire en quelques mots.

Un jeune homme, de 18 ans, portait depuis sa naissance une tumeur des bourses. L'origine congénitale de la tumeur, la présence de parties très dures dans sa masse, firent porter le diagnostic de kyste dermoïde du testicule. La castration, faite avec succès, permit de vérifier l'hypothèse et d'étudier attentivement la tumeur.

Celle-ci se composait de deux parties distinctes : d'un kyste et d'une masse solide, le testicule. Le *kyste* offrait une paroi fibreuse tapissée d'épithélium pavimenteux et revêtue çà et là de papilles et de végétations. Dans son épaisseur, on put démontrer la présence de glandes sébacées et de quelques follicules pileux avec des poils longs de 1 à 2 centimètres. Le contenu du kyste était visqueux, filant.

La seconde partie de la tumeur, grosse comme un œuf de poule, était formée par le testicule lui-même. L'organe séminal en inversion était revêtu de sa séreuse parfaitement normale; mais, en l'ouvrant, on remarquait que la substance même du testicule était refoulée excentriquement par une production composée de parties dures et denses, parsemées d'une multitude de petits kystes. Les kystes, tapissés d'épithélium cylindrique et remplis d'une matière visqueuse et athéromateuse, étaient pour la plupart pilifères.

Dans la gangue fibreuse, dure et dense, où ces kystes étaient disséminés en grand nombre, M. Pilate put isoler une lamelle semi-osseuse, semi-cartilagineuse, plusieurs fois recourbée sur elle-même. En un point, gros comme une tête d'épingle, l'auteur y décrit un amas de cellules pigmentaires rappelant, dit-il, celles de la choroïde.

Telle est en quelques mots l'observation de M. Pilate, dont j'ai pu examiner la pièce à loisir. L'auteur la considère comme un exemple de kyste dermoïde intratesticulaire.

Les travaux de M. Verneuil sur l'inclusion scrotale, son mémoire de 1855 dans les *Archives générales de médecine*, celui de 1878, publié dans vos bulletins, ont montré que l'inclusion testiculaire était extrêmement rare, et que, sur un total de 19 faits recueillis par l'auteur çà et là dans la science, il n'y avait jusqu'ici aucun cas bien probant de véritable inclusion testiculaire. Les trois faits suivants n'ajoutent à l'importante statistique de M. Verneuil que quelques unités de plus; deux d'entre eux sont sans valeur réelle; nous les citons pour être complets.

Obs. I. Erichsen (*Science and art of surgery*, 1re édition, p. 931) a fait une courte allusion à un cas qui s'est présenté à l'hôpital d'University College en 1852.

Un testicule ayant à peu près le volume d'un œuf de dinde fut enlevé par M. Marschall chez un homme d'environ 30 ans. Le patient portait cette tumeur depuis l'enfance. Après l'ablation, on s'aperçut qu'elle était composée d'un kyste volumineux, rempli d'un fluide huileux, comme du beurre fondu, qui se solidifiait par le refroidissement. Le kyste contenait quelques débris fœtaux, dont il ne précise pas la nature.

Obs. II. Kalning. (*Zur casuistik und kentniss der Dermoidcysten des Hodens. Inaug.diss. Dorpat* 1876, 39 pages, planche.)

Un paysan, âgé de 20 ans, avait remarqué que, dès l'enfance, il portait une petite tumeur au testicule gauche. A l'époque de la puberté, elle atteignit le volume d'une tête d'enfant. Le diagnostic fut confirmé par une ponction qui donna écoulement à environ 180 grammes d'un liquide crémeux mélangé de cheveux. La tumeur s'enflamma, ce qui poussa Bergmann à l'enlever avec le testicule dont la situation n'était pas très précise. Le pansement de Lister fut employé et la guérison fut rapide.

Le kyste fut placé dans une solution d'acide chromique 1/2 0/0, puis après durci dans l'alcool. Il se trouvait entre l'albuginée et la tunique vaginale viscérale du testicule. Il avait une enveloppe très épaisse et à sa surface se trouvait le testicule altéré. Le testicule était petit et renfermait de petites cavités ; l'auteur ne croit pas qu'elles dérivaient des canalicules spermatiques. La cavité de la tumeur était divisée en deux parties par un cordon, partie supérieure et partie inférieure. Sur celle-ci, on observait de nombreuses villosités et des poils : les villosités ressemblaient à de longues papilles cutanées ; la dernière était formée d'un simple dépôt épidermique qui revêtait un tissu cutané avec beaucoup de glandes sudoripares et sébacées. Dans la paroi du kyste se trouvaient de nombreux foyers de cartilage hyalin et quelques pièces osseuses recouvertes de périoste. Sur la paroi de ce grand kyste se trouvaient encore trois petits kystes. Le contenu du grand kyste, obtenu par la ponction, se composait de cellules graisseuses, de graisse libre, d'épithéliums et de nombreux cristaux de cholestérine.

L'analyse chimique donnait, en moyenne, sur 100 parties de liquide du kyste, 1,12 de corps albumineux (poils et cellules épidermiques); 0,91 de combinaisons diverses ; 48,77 d'eau ; 46,80 de graisse et 2,64 de cholestérine. Les kystes athéromateux renferment plus de graisse et moins d'albumine.

L'auteur arrive à cette conclusion qu'il n'existe pas un seul cas bien démontré d'inclusion fœtale ; la genèse de ces kystes serait encore obscure.

Obs. III. William Macewen. — *Inclusion scrotale* (*the Glascow med. Journal*, vol. X, nº 10, octobre 1878).

Macewen extirpa, chez un jeune garçon de 15 ans, une tumeur qui occupait la place du testicule droit et était longue de 6 pouces. La plaie, traitée par le pansement antiseptique, guérit rapidement. Une commission, nommée par la Société pathologique et clinique de Glascow, examina soigneusement la tumeur et constata qu'on avait affaire à un kyste dermoïde avec cheveux et os. L'os était formé de véritable tissu osseux et de tissu cartilagineux par places ; il avait une certaine ressemblance avec une des ailes du sacrum. Pour l'auteur, il s'agit ici d'une véritable inclusion.

Revenons à l'observation de M. Pilate. Ce qui en fait le prix, c'est le siège intratesticulaire d'une partie de la tumeur. « Presque toujours, disait M. Verneuil[1] en 1855, l'inclusion est extraglandulaire, et si le sac fœtal ou dermoïde siège parfois dans l'intérieur de la glande séminale, les observations qui pourraient mettre ce fait hors de doute sont encore à produire. » Dans le rapport qu'il fit ici même, il y a deux ans, critiquant l'observation de Heschl, qui est présentée sans preuves suffisantes comme un exemple d'inclusion viscérale, M. Verneuil arrivait à la même conclusion et disait encore : « Je suis donc en droit de dire, en 1878 comme en 1855, que l'inclusion intratesticulaire est encore à démontrer. » Avons-nous ici, dans le fait de M. Pilate, un cas d'inclusion viscérale ; c'est ce que nous allons examiner.

Le grand kyste dermoïde, extratesticulaire pourrait-on dire, est en étroite connexion avec le testicule ; nous le concédons, mais qui nous prouve qu'il siégeait primitivement sous l'albuginée, dans le parenchyme testiculaire ; montrez-nous dans ses parois des restes de cette membrane ?

Pour le grand kyste, cet argument a une réelle valeur, car il nous est impossible de montrer dans ses parois des restes de la tunique fibreuse propre du testicule. A sa base même, le grand kyste semble, il est vrai, prendre racine au milieu même du tissu fibroïde de la tumeur ; néanmoins la question de son origine reste douteuse.

Passons à la *tumeur intratesticulaire :* le testicule, couvert de son albuginée et de sa vaginale, l'entoure de tous côtés, excepté au niveau du point d'implantation du kyste, et dans cette partie solide, entièrement comprise dans l'albuginée, et qui refoule elle-même excentriquement le parenchyme testiculaire, se trouve la

[1] Page 37 du tirage à part de son mémoire : *Inclusion scrotale ou testiculaire*, publié dans les *Archives générales de médecine*, 1855, juin et suivants

lamelle ostéocartilagineuse, précédemment décrite, et de nombreux kystes pilifères.

On ne peut nier que cette partie solide ne siège réellement dans le testicule, sous l'enveloppe fibreuse propre do l'organe, et partant on pourrait admettre que le grand kysto pilifère pourrait bien en tirer origine ; ce qui prête quelque valeur à l'argument, c'est qu'au sein de la masse intratesticulaire, on remarque une foule de petits kystes, pilifères aussi comme le grand kyste.

Cet argument serait plus spécieux que réel ? La tumeur viscérale refoule, en effet, excentriquement le parenchyme testiculaire, dont j'ai pu reconnaître au microscope les canalicules en dégénérescence graisseuse très avancée. Non seulement elle refoule excentriquement le testicule, mais encore elle en est facilement isolable ; elle n'y est unie que d'une façon très faible par du tissu lamelleux très lâche.

Si les connexions du parenchyme testiculaire avec la partie viscérale de la tumeur sont si peu étroites, pourquoi ne renverserait-on pas la proposition de M. Pilate, et ne dirait-on pas que cette tumeur a pu venir tout aussi bien du dehors ?

Je me vois donc obligé de faire quelques réserves sur ce point, car le siège de la tumeur étant mixte, à la fois intra et extratesticulaire, il peut rester un certain doute sur son origine réelle.

Quant à la nature de la lésion, sommes-nous maintenant plus avancés qu'en 1855 et 1878. Rien jusqu'ici ne nous autorise à le croire. Aussi ne referai-je pas, après M. Verneuil, la revue critique de toutes les théories émises sur ce point délicat. Je me contenterai donc de vous dire que, si l'interprétation que donne M. Pilate de cette observation peut être considérée comme douteuse, au double point de vue du siège primitif et de la nature de la lésion, il n'en est pas moins vrai que l'auteur a fait de son mieux pour vous présenter ce cas si rare aussi complet et aussi bien étudié que possible.

En conséquence, je crois être l'interprête de la commission en vous proposant : 1° de vouloir bien adresser à l'auteur vos remerciements ; 2° d'imprimer son observation dans vos Bulletins ; 3° de placer l'auteur, qui est candidat au titre de membre correspondant national, en un rang honorable sur votre liste.

Ces conclusions, mises aux voix, sont adoptées.

Observation du Dr Pilate.

Kyste dermoïde pileux et ossifère du testicule.

Un jeune homme de 18 ans consulte le Dr Chaignot, au mois d'août 1880, pour une tumeur des bourses, que ses parents ont con-

statée dès le moment de sa naissance et qui, depuis, n'a pas cessé de se développer. Actuellement, elle est d'un volume comparable aux deux poings réunis d'un adulte, avec un appendice en arrière gros lui-même comme un œuf de poule.

La plus grosse portion, uniformément arrondie, est recouverte par une peau très distendue, amincie, plus rouge que le reste du scrotum. La sensation d'élasticité, qu'on trouve au toucher, fait penser qu'il s'agit d'une poche très remplie de liquide.

Le lobe postérieur, ovoïde, aplati, semble être le testicule presque doublé de volume. Sa consistance est très dure et donne, par points, la sensation d'une résistance cartilagineuse ou osseuse. La peau qui le recouvre n'est pas distendue et offre tous les caractères de la peau du scrotum.

Le cordon se détache de la partie supérieure de cette masse ; il est un peu plus gros que celui de l'autre côté, mais ses éléments, faciles à distinguer les uns des autres, ne paraissent point malades. Le testicule droit est absolument sain.

Pour éclaircir le diagnostic, M. Chaignot fait, avec nous, une ponction exploratrice dans la partie kystique de la tumeur, et il nous faut exercer une très forte pression sur la poche pour faire sortir par la canule un liquide très visqueux, gélatiniforme, de couleur gris jaune. La nature de ce liquide, la présence de parties très dures et l'origine congénitale de la tumeur font penser qu'il s'agit d'un kyste dermoïde complexe. Le jeune homme n'en souffre pas, même au toucher, il en est seulement un peu gêné dans la marche, et s'il désire en être débarrassé, c'est parce qu'il ne se trouve pas comme tout le monde. Aussi, en raison de l'augmentation progressive de la tumeur et de l'impossibilité d'espérer une guérison autrement que par une intervention chirurgicale, l'opération est décidée, et M. Chaignot veut bien nous confier le soin de la pratiquer avec son assistance.

La castration est donc faite le 30 août, après chloroformisation et avec toutes les précautions antiseptiques, moins la pulvérisation. Nous faisons les ligatures des vaisseaux avec le catgut. Le cordon est lié en masse avec un fil de soie qu'on maintient au dehors. Un drain phéniqué est placé d'un bout à l'autre de la plaie, et par dessus, nous faisons trois points de suture profonde enchevillée et dix superficiels. Le pansement est fait avec de la mousseline et de la charpie imprégnées d'une solution phéniquée faible.

Les suites de l'opération n'offrent rien de particulier. La température se maintient pendant les deux premiers jours entre 38° et 38°, 4; le pouls entre 80 et 88. Puis le pouls et la température retombent à la normale. Tous les points de suture sont enlevés au bout de cinq jours; la réunion primitive a eu lieu partout ; mais, pour plus de sûreté, on laisse le drain en place jusqu'à la chute du fil, qui a lieu le 20e jour ; le drain est alors retiré et tout est fermé deux jours après.

Venons maintenant à la description de la pièce anatomo-pathologique dont les détails histologiques nous ont été transmis par le Dr Dubujadoux.

La tumeur se compose, comme on l'avait constaté avant l'opération de deux parties : la plus grosse, en avant, formée par un seul kyste du volume de deux poings réunis ; la plus petite, en arrière, formée par le testicule dégénéré, et renfermant des tissus solides d'inégale consistance.

Le grand kyste est implanté sur le bord antérieur du testicule.

Nous décrirons ces deux parties séparément :

1° Le kyste est formé d'une paroi épaisse de 2 à 3 millimètres dans le voisinage de son implantation au testicule, et de 1/2 millimètre dans la partie opposée. Cette paroi peut se décomposer artificiellement en plusieurs couches de tissu fibreux renfermant quelques fibres élastiques. Sa face interne, recouverte d'une couche d'épithélium pavimenteux à cellules cubiques, présente un assez grand nombre de papilles qui, vers la partie voisine du testicule, sont groupées en forme de végétations (état qui se voit à peine sur la pièce conservée dans l'acide borique). Dans l'épaisseur de la paroi on rencontre des glandes sébacées et quelques follicules pileux avec leurs poils longs de 10 à 12 centimètres. En plusieurs points, sous l'épithélium, sont des dépôts de matière athéromateuse.

Le contenu du kyste, épais et très filant, offre une consistance analogue à celle du corps vitré de l'œil. Sa couleur est d'un jaune gris un peu foncé. Composé de substance muqueuse, il charrie des cellules d'épithélium pavimenteux et quelques poils.

2° La seconde partie de la tumeur formée par le testicule est grosse à peu près comme un œuf de poule un peu aplati. Elle est entourée en partie par la tunique vaginale dont le feuillet pariétal a contracté de nombreuses adhérences avec le feuillet viscéral. L'épididyme atrophié se voit le long du bord antérieur du testicule : celui-ci se trouve donc en inversion. Le canal déférent, de grosseur normale, se joint aux autres éléments du cordon, qui émerge en haut du point de jonction du testicule avec le kyste.

En ouvrant cette partie solide, suivant un plan vertical allant d'arrière en avant, on remarque que toute la couche superficielle est constituée par la substance même du testicule, refoulée excentriquement à la surface, tandis que le centre est occupé par une production complexe renfermant des parties fibreuses, cartilagineuses, osseuses, et entre elles de petits kystes, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un petit pois. Ces petits kystes ont une paroi assez mince composée d'un tissu fibreux délicat, semé de nombreuses cellules fusiformes. Cette paroi est tapissée par une couche d'épithélium cylindrique. Le microscope permet de voir sur sa surface interne une très grande quantité de petites villosités, également recouvertes d'épithélium cylindrique, qui donnent à la structure de ces kystes une grande analogie avec celle des kystes prolifères de l'ovaire. Quelques-uns renferment de petits bouquets de poils implantés sur la paroi ou flottant dans leur intérieur.

Le contenu de ces kystes est constitué par une substance muqueuse épaisse, transparente, coagulable par l'alcool, et dans laquelle on voit

une grande quantité de cellules granuleuses généralement arrondies et se colorant mal par le carmin.

Dans l'épaisseur des cloisons interkystiques existent plusieurs petites plaques éparses de cartilage hyalin, les unes grosses comme un grain de mil, d'autres comme une lentille. Les capsules de cartilage sont très larges et contiennent chacune de 3 à 6 cellules en voie de prolifération.

Au milieu de la masse kystique se trouve une production semi-osseuse, semi-cartilagineuse, qui, extraite de cette masse, se présente sous la forme d'une lame recourbée sur elle-même, munie de nombreuses aspérités comme des apophyses. Sa longueur, si elle était déployée, serait de 6 centimètres, sa largeur de 1 à 2 centimètres. Histologiquement on lui reconnaît dans sa plus grande partie tous les caractères du tissu osseux complètement développé, et dans quelques endroits ceux du cartilage. Cette production est entourée d'une couche de tissu fibreux, qui lui est presque partout intimement adhérente comme un périoste et dans laquelle se rencontrent quelques follicules pileux avec leurs poils qui font saillie dans les kystes voisins. En un point de ce tissu fibreux se voit une petite masse noire, grosse comme une tête d'épingle allongée : c'est un amas de cellules renfermant des granulations pigmentaires, et rappelant les cellules épithéliales de la choroïde.

En aucun endroit on ne rencontre de dents.

En résumé, la tumeur se compose d'une production hétérotopique complexe rentrant dans la classe des tumeurs appelées kystes dermoïdes et de la variété pileuse et ossifère.

Comme la substance même du testicule se trouve refoulée excentriquement et étalée sur toute la surface de la partie solide, sauf sur le bord épididymaire par où le grand kyste a fait éruption, il semble vraisemblable que la tumeur a pris naissance dans l'intérieur du testicule, soit dans l'épaisseur du corps d'Highmore, soit dans les cloisons celluleuses qui en partent.

Dernière remarque, la tumeur est congénitale comme il est toujours d'observation en pareil cas.

Discussion.

M. Verneuil. Dans mon mémoire de 1854, j'ai mis en doute l'existence des kystes dermoïdes intra testiculaires, parce que jusqu'alors il n'en existait pas de faits concluants. Depuis lors je n'en ai pas trouvé, et le fait de M. Pilate n'est pas plus concluant que les autres. Sa tumeur me paraît avoir été d'abord extra testiculaire et ne s'être coiffée que plus tard du testicule. La question ne sera tranchée que lorsqu'on rencontrera une tunique albuginée complète et un kyste dermoïde au milieu du testicule. Les observations dans lesquelles la tumeur est à moitié extra et à moitié intra testiculaire ne peuvent rien prouver.

M. Desprès. A l'époque où j'ai écrit ma thèse inaugurale, les inclusions intra testiculaires étaient niées ; je crois aussi que, dans le cas de M. Pilate, le kyste s'est développé primitivement en dehors du testicule.

Rapport,

par M. Magitot.

Sur une observation de kyste suppuré du maxillaire supérieur, suivi de nécrose de l'os, adressée par M. le Dr Redier (de Lille).

Messieurs, M. le Dr Redier (de Lille) a adressé à la Société de chirurgie un travail dont vous m'avez chargé de rendre compte. Il s'agit d'une observation suivie de réflexions sur des accidents multiples survenus dans la mâchoire supérieure d'un homme adulte à la suite de cette lésion dentaire, si bien étudiée dans ces derniers temps par plusieurs auteurs, et qui devient la cause fréquente des désordres graves qui envahissent les maxillaires et la face, nous voulons parler de la *périostite alvéolaire*.

L'observation, très détaillée et très complète, est aussi fort longue ; mais elle peut se résumer dans les termes mêmes de son titre.

Voici ce titre :

« *Kyste périostique de la première molaire supérieure droite développée aux dépens du sinus maxillaire. — Suppuration de la poche kystique. — Extraction de la dent. — Diminution graduelle de la suppuration. — Oblitération de l'orifice d'évacuation. — Explosion d'accidents aigus. — Ostéite et nécrose du maxillaire. — Ablation de séquestres représentant la plus grande partie de l'os. — Guérison.* »

Dans cette évolution morbide, on peut distinguer deux phases successives et jusqu'à un certain point distinctes, car la nécrose d'un maxillaire n'est pas une terminaison habituelle d'un kyste périostique.

Pendant la première phase, une poche kystique se forme au sommet d'un alvéole et aux dépens du feuillet de périoste qui recouvre les racines d'une grosse molaire supérieure. Ce feuillet était frappé de périostite chronique, consécutive elle-même à une carie profonde longtemps méconnue d'ailleurs.

La formation du kyste a été extrêmement lente, puisque de

l'époque du début des accidents, en 1875, jusqu'au moment de la première intervention chirurgicale, en 1878, il s'est écoulé trois années. Pendant ce laps de temps, la poche s'est d'abord développée aux dépens du sinus, car elle ne produisait qu'une très légère saillie du côté de la joue ; mais bientôt la tuméfaction extérieure devint très marquée, non seulement du côté du vestibule de la bouche, mais envahissant bientôt les parties molles et remontant jusqu'à l'orbite, où elle produisit même une légère déviation de l'œil.

Les signes, toutefois, sont bien ceux d'un kyste : tumeur dure, rénitente, sans adhérence à la peau, ayant pour centre d'évolution l'alvéole d'une dent profondément altérée. Pas de phénomènes de voisinage, indolence complète, aucun signe du côté des fosses nasales et conséquemment indépendance du sinus. L'observation, toutefois, ne mentionne pas la fluctuation, le bruit de parchemin et la transparence.

Les accidents se bornaient donc chez ce malade à une déformation croissante de la face, lorsque, sous l'influence d'un traumatisme, un coup de tête porté sur la joue, la scène change brusquement : Une violente inflammation s'empare de toute la région ; il survient de la fièvre, des accidents généraux, et par plusieurs ouvertures spontanées, autour de la dent malade et sur le bord gingival, il s'écoule une notable quantité de pus.

C'est dans cet état que le malade se présente à la clinique du Dr Redier. Le chirurgien, après avoir posé le diagnostic d'un kyste périostique suppuré, pratique immédiatement l'extraction des débris de la première molaire. Un flot de pus s'écoule aussitôt et une sonde, introduite par l'alvéole, pénètre dans une vaste cavité qui occupe toute l'étendue du maxillaire. D'autre part, l'examen des racines enlevées montre, à l'un des sommets, l'altération caractéristique de la périostite chronique et la présence de lambeaux déchirés provenant de la poche kystique.

Les soins consécutifs sont des plus simples : lavages fréquents avec un liquide phéniqué, légère compression extérieure, etc. Le gonflement diminue rapidement, mais comme le retrait d'une cavité osseuse aussi étendue est nécessairement lent, le malade est bientôt abandonné avec une prescription qui consiste à pratiquer lui-même tous les jours, avec une grosse sonde, le cathétérisme de l'ouverture et le lavage de la poche.

Au bout de quelques semaines, le malade, très satisfait de son état, néglige la précaution indiquée ; l'orifice de communication s'oblitère et de nouveaux accidents inflammatoires, plus violents que les précédents, apparaissent aussitôt.

C'est la seconde phase de cette observation : elle comprend, en quelques mots, la formation d'abcès multiples du bord alvéolaire et de la voûte palatine, une ostéite générale du maxillaire suivie de l'élimination de nombreux séquestres et de toutes les dents de ce côté.

La nécrose paraît avoir intéressé jusqu'au canal sous-orbitaire, car l'observation relate que le malade a présenté une insensibilité de la peau dans les régions sous-orbitaires et dans la fosse canine, insensibilité qui ne s'est dissipée qu'un an plus tard.

Le malade toutefois guérit complètement après l'ablation des séquestres et sans que dans cette seconde phase, aussi bien que dans la première, il y ait eu aucun retentissement morbide du côté du sinus.

Cette observation est de nature à nous suggérer quelques réflexions qui peuvent porter particulièrement sur deux points : le premier est relatif à la pathogénie du kyste périostique des mâchoires. Mais c'est là un mécanisme bien connu aujourd'hui ; nous n'y insisterons pas. Le second a pour objet la pratique thérapeutique employée par l'auteur contre le kyste lui-même.

Ici nous présenterons une légère critique : pourquoi M. Redier, au lieu de confier à son malade le soin de pratiquer le cathétérisme de l'orifice du kyste et les lavages quotidiens, n'a-t-il pas assuré lui-même sa perméabilité au moyen, par exemple, de ces tubes à drainage de gomme ou de métal, fixés en permanence et qui sont si bien supportés. Plusieurs chirurgiens les ont très heureusement employés ainsi que nous-même dans des circonstances analogues. Cette pratique est une garantie absolue contre toute rétention des matières, en même temps qu'elle permet les lavages faciles et les applications astringentes ou autres dans la poche. Elle peut remplacer, selon nous, d'une façon complète, la résection et les vastes ouvertures qui ont été et sont encore conseillées en pareil cas, et elle assure tout aussi bien le retrait, très lent il est vrai, mais progressif, de la cavité osseuse.

Il nous semble qu'en s'adressant à ce procédé, M. Redier eut peut-être évité l'explosion des accidents graves qui ont abouti à la nécrose et à l'élimination du maxillaire.

En terminant ces courtes remarques, nous avons l'honneur de vous proposer, messieurs :

1° De remercier M. le Dr Redier de l'envoi de son intéressante observation ;

2° De déposer son travail dans vos *Archives*.

Discussion.

M. Terrillon. Je connais un cas de kyste maxillaire qui a été guéri par le drainage. Il s'agit d'un homme qui, souffrant d'une périostite alvéolaire, s'était fait pratiquer la résection du sommet de la dent, qui avait ensuite été replantée. Les accidents cessèrent; mais bientôt la douleur et le gonflement apparurent de nouveau. Une incision faite au niveau de la deuxième incisive du côté gauche fit découvrir un kyste occupant toute l'étendue du sinus maxillaire. Le drainage fut établi, d'abord avec un tube de métal, puis avec un tube en caoutchouc. La guérison complète fut obtenue dans l'espace de cinq mois et demi.

M. Farabeuf. La question de savoir si les kystes d'origine dentaire peuvent pénétrer dans les sinus maxillaires paraît résolue pour M. Magitot. Il y a 15 ans, j'ai vu une dame de 35 ans qui se plaignait d'un abcès au niveau de la deuxième petite molaire de la mâchoire supérieure. En ouvrant cette tumeur, il s'écoula un liquide semblable à de l'eau-de-vie. Ce n'était pas un abcès, mais un kyste. Au bout de plusieurs années, le liquide se reproduisit et fut évacué. Il se reproduisit encore. Je fis une ouverture permanente pour obtenir la guérison. Quel ne fut pas mon étonnement de voir que le kyste pénétrait dans le sinus maxillaire, mais que sa paroi formait une cloison qui l'empêchait de communiquer avec la cavité du sinus. Ce fait démontre que les kystes développés dans le sinus maxillaire peuvent ne pas adhérer à ses parois. J'ai pratiqué le drainage du kyste. La poche a mis plusieurs mois à revenir sur elle-même. Il n'y a jamais eu d'inflammation.

Les conclusions mises aux voies sont adoptées.

Présentation d'instrument.

Filière pour le cathétérisme des voies lacrymales,

par M. Maurel, médecin de la marine.

Tous ceux qui ont introduit dans la pratique une nouvelle forme de sondes pour les voies lacrymales ont procédé par séries, c'est-à-dire que tous ont eu l'intention, et cela avec raison, d'avoir des instruments de dimensions graduellement croissantes. Mais outre que chacun a adopté des écarts différents, l'usage semble avoir prévalu de ne tenir aucun compte de ces écarts, de sorte que des

séries de sondes du même auteur, prises chez le même fabricant, ne se correspondent pas.

C'est là, je crois, un inconvénient qui doit avoir été constaté par bien d'autres que moi et qui peut avoir son importance.

Il me paraîtrait avantageux, en effet, qu'il en fut pour le cathétérisme des voies lacrymales comme pour celui de l'urèthre, c'est-à-dire qu'une filière unique fut adoptée quelle que fut du reste la forme que l'on donnât ensuite aux sondes.

Nous nous rendons facilement compte, grâce à l'adoption générale de la filière de Charrière, d'un rétrécissement uréthral admettant une bougie n° 3, 5, 8, etc., tandis que, dans l'état actuel, il nous est complètement impossible de préciser les dimensions d'un canal nasal, d'un conduit lacrymal, de nombreuses séries existant dans la pratique, les séries procédant par écarts différents, enfin les mêmes numéros des mêmes séries n'ayant pas toujours le même calibre.

De plus il me paraît indispensable, si l'on veut procéder d'une manière méthodique à une dilatation progressive, d'avoir des instruments sûrement et exactement calibrés.

C'est dans cette double intention que je viens proposer une filière destinée ainsi à apporter toute la précision désirable, soit dans le langage, soit dans le calibrage des sondes.

Cette filière, comme celle de Charrière, est graduée d'après des dimensions métriques. Chaque numéro est distant du suivant par 1/6 de millimètre.

La série complète comprend 15 numéros s'étendant du numéro 1, ayant 1/6 de millimètre, jusqu'au numéro 15, ayant 2 millimètres 1/2.

Je crois ces dimensions extrêmes très suffisantes pour la pratique. Les numéros 13, 14 et 15 ne seront probablement que d'un usage bien peu fréquent. Quant aux numéros inférieurs, inutiles sur le canal nasal, je les considère comme indispensables pour le cathétérisme des points lacrymaux, pour la dilatation desquels ils m'ont déjà rendu de fréquents services.

J'ai adopté la graduation par 1/6 de millimètre, parce que ces différences dans le diamètre conduisent pour la circonférence à des différences assez exactes de 1/2 millimètre et que de plus pour connaître cette circonférence, ce qui peut intéresser, il suffit de diviser le numéro de la sonde par 2.

A cette filière, j'ai joint une série complète de sondes ; sauf leur calibrage exact elles ne présentent rien qui n'ait été déjà fait.

Les quatre premiers numéros, destinés plus spécialement aux points et conduits lacrymaux, sont cylindriques dans toute leur étendue. Les autres, au contraire, sont à bouts olivaires portés par

un col rétréci qui leur donne toujours plus de souplesse et les rend moins offensives. Enfin l'olive est d'un numéro inférieur au corps de la sonde, de sorte qu'elle est toujours reçue sans effort dans un canal ayant admis le numéro précédent.

Ce sont là évidemment des dispositions que je considère comme avantageuses, mais auxquelles cependant je ne voudrais pas donner trop d'importance.

Je crois du reste que notre outillage pour ce cathétérisme est encore bien primitif et je ne serais pas étonné de le voir rapidement se transformer.

Un coup-d'œil jeté sur l'arsenal des spécialistes des voies urinaires pourrait, sous ce rapport, enrichir la chirurgie des voies lacrymales de bien des applications heureuses.

C'est une voie que pour le moment je me contente de signaler. Mais, déjà, je crois que ce serait un progrès que d'adopter une filière unique qui assurât, pour les sondes, un calibrage exact et uniforme; et je serais heureux si le monde chirurgical voulait bien porter son choix sur celle que j'ai l'honneur de lui présenter.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,
POLAILLON.

Séance du 15 décembre 1880.

Présidence de M. TILLAUX.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux hebdomadaires publiés à Paris;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — La *Revue médicale.* — Le *Journal médical de la Haute-Vienne* — Le *Lyon médical.* — *Le Journal de thérapeutique* de Gubler. — La *Gazette obstétricale.* — Le *Journal de médecine et de chirurgie.* — Les *Archives d'ophthalmologie ;*

3° *The Practitioner.* — *British medical journal.* — *Gazette médicale italienne-lombarde.* — La *Gazette de santé militaire de Madrid ;*

4° *Nouveaux trocarts pour les ponctions hypogastriques de la vessie*, par le Dr Deneffe, de Bruxelles ;

5° *Le règlement général* de l'Exposition internationale d'électricité, qui aura lieu à Paris en août 1881 ;

6° *Observation de paraplégie survenue à la suite d'irritation produite par un calcul de l'urèthre; extraction du calcul; guérison*, par le Dr Dieu, médecin en chef de l'hôpital de Sétif (commission : MM. Périn, Delens et Sée) ;

7° *Observation de polype naso-pharyngien; myxome*, par M. Linon, médecin-major (commission : MM. Perrin, Sée, Delens).

A l'occasion du procès-verbal.

M. Labbé demande à M. Trélat si, dans l'observation, qu'il a fait présenter par M. Campenon, d'un abcès froid guéri par réunion immédiate, il a employé un procédé particulier autre que celui indiqué par Listor.

M. Trélat répond qu'il a fait présenter le malade guéri, parce qu'il ne pouvait se rendre lui-même à la séance ; que cette observation n'est pas usuelle, en ce sens qu'il est étonnant de voir un gros abcès du cou guéri en six jours, et que le point particulier de son procédé est la rugination complète et exacte de la paroi de l'abcès.

M. Sée. Il y a plus d'un an que j'ai présenté à la Société un malade traité et guéri par ce procédé.

M. Lannelongue. Depuis plus de deux ans, je traito les abcès froids par la décortication de la poche et je réunis ensuite les surfaces cruentées par première intention. J'ai communiqué une série de faits sur ce procédé, faits qui sont consignés dans nos Bulletins.

M. Trélat fait remarquer qu'il n'a pas pratiqué la décortication, mais simplement la rugination de la poche.

Traitement de l'épithélioma de la langue.

(*Suite de la discussion.*)

M. Le Dentu. Parmi les questions soulevées dans le cours de la discussion, il y en a une dont l'importance est majeure, c'est celle de savoir si, dans les cas mauvais, quoique matériellement opérables, il y a pour les malades un avantage réel à être opérés. Par cas mauvais, j'entends ceux où plus d'un tiers de l'organe est

envahi et où le mal se rapproche beaucoup de la base. Ici, il y a une distinction indispensable à établir entre ceux où les ganglions paraissent sains et ceux où ils sont atteints. Quand ils sont peu nombreux, peu éloignés du siège du mal et bien mobiles, leur existence ne doit pas être toujours considérée comme une contre-indication à l'opération, mais il faut reconnaître qu'elle assombrit beaucoup le pronostic.

Je ne viens pas trancher cette question difficile, mais simplement porter à cette tribune un petit appoint de faits qui me sont personnels.

Cas graves : 1° Homme de 39 ans, atteint de cancroïde de la langue partiellement gangrenée. Deux ganglions mobiles à l'angle de la mâchoire, à droite. La dégénérescence s'arrête à un centimètre en avant de l'épiglotte. Elle a envahi presque toute la moitié latérale droite. Poussé par un chirurgien appelé en consultation, par la famille et par le malade lui-même, je fais l'ablation au moyen de l'écraseur et par la région sus-hyoïdienne, après avoir au préalable enlevé les deux ganglions.

Résultat opératoire très satisfaisant ; mais, au bout de trois semaines, il y a repullulation dans les tissus intermédiaires à la plaie de la langue et à celle des téguments. La mort a lieu deux mois après l'opération.

2° Homme de 65 ans environ. Epithélioma allant, en arrière, presque jusqu'à l'épiglotte et s'étendant, en avant, presque jusqu'à la pointe, mais ne dépassant pas la ligne médiane. Pas de ganglions.

Ablation au moyen de l'écraseur, et par la région sus-hyoïdienne. Hémorragie sérieuse pendant l'opération. Je laisse en place deux pinces hémostatiques.

Au cinquième jour, hémorragie foudroyante. Le malade succomba en trois quarts d'heure.

3° Homme de 64 ans environ. Epithélioma de la partie latérale droite de la langue, étendu presque jusqu'à l'épiglotte et un peu à la base du pilier antérieur du voile du palais, et s'arrêtant à un centimètre de la pointe. La ligne médiane est dépassée. Pas de ganglions.

Ablation de près des deux tiers de la langue et de la partie malade du pilier antérieur au moyen de l'écraseur. Je me sers pour la première fois de l'aiguille dont il sera parlé plus loin, et je constate qu'elle donne les plus grandes facilités pour le passage de la chaîne qui doit couper la base de la langue. Pas d'hémorragie. Je ne fais avancer les crans de l'écraseur que toutes les minutes. D'aussi grandes précautions ne sont guère nécessaires que pour les sections transversales.

Résultat opératoire très bon. Le malade sort complétement guéri cinq semaines après l'opération. Celle-ci a été faite en mars de cette année. Au mois de juillet, le malade revient me trouver pour me montrer un ganglion, du volume d'une amande, développé sous l'angle de la

mâchoire. Je l'ai revu il y a huit jours. Une masse volumineuse occupe le côté droit du cou et la région parotidienne. Elle est le siège de douleurs assez vives. Je pense que l'ulcération des téguments aura lieu d'ici à deux mois, et que la mort surviendra deux ou trois mois après.

La guérison vraie n'aura duré chez ce malade que trois mois (avril à juillet); la survie totale, à partir de l'opération, sera de douze à quatorze mois.

Cas moyens. Je n'ai qu'un exemple à citer, mais il offre un intérêt considérable. Le malade, âgé d'une cinquantaine d'années, portait un épithélioma végétant sur la partie latérale droite de la langue. Il s'arrêtait, en arrière, à 3 centimètres environ de la base et s'étendait, en avant, jusqu'à 1 centimètre 1/2 de la pointe. Au dire du malade, il s'était developpé sur une plaque de psoriasis; il en portait d'autres sur plusieurs points de la joue. M. Fournier, qui l'avait soumis à un traitement antisyphilitique; M. Verneuil, qui l'avait examiné ensuite, ne doutaient pas qu'il ne s'agît d'un cancroïde. M. Th. Anger, qui m'assista dans l'opération, et moi-même, nous nous arrêtâmes sans la moindre hésitation au même diagnostic. La nature du mal ne prête donc, selon moi, à aucun doute.

L'opération eut lieu le 19 août 1876. J'employai le thermocautère; mais aujourd'hui je préfère de beaucoup le galvanocautère, comme plus sûr au point de vue de l'hémorragie et exposant moins aux réactions inflammatoires violentes. Les péripéties de l'opération et du traitement consécutif mériteraient peut-être d'être relatées en détail; néanmoins, je tiens à mettre en relief le résultat de l'opération.

Depuis le 19 août 1876 jusqu'à ce jour (j'ai revu l'opéré il y a cinq à six jours), la guérison s'est maintenue, et pourtant, bien que j'aie pu opérer par la bouche, il a fallu enlever un bon tiers de la langue.

Après quatre ans et quatre mois, l'état du malade est aussi satisfaisant que possible. La cicatrice est souple, et il n'y a pas un seul petit ganglion sous la mâchoire.

Il me sera facile de me tenir au courant de la santé de cet opéré, et, s'il y a récidive, j'en serai prévenu aussitôt.

J'ai fait un certain nombre d'autres opérations du même genre chez des sujets atteints de lésions beaucoup moins étendues, mais ne sachant pas ce qu'ils sont devenus, je crois inutile de les énumérer.

Frappé des difficultés que l'on éprouve à passer les chaînes d'écraseur par la région sus-hyoïdienne et surtout à les placer sur la base de la langue, j'ai fait faire par M. Mathieu une aiguille spéciale dont le maniement est très simple (*fig.* 1).

J'ai trouvé chez les principaux fabricants d'instruments de chirurgie des aiguilles ayant à peu près la même courbure, mais leurs dimensions ne sont pas assez considérables. La ligne AB, étendue du point le plus convexe de la courbure à la pointe, doit avoir

environ 7 centimètres 1/2. Cette longueur permet au chas de l'aiguille de se présenter en avant des arcades alvéolaires, d'où une grande facilité pour l'introduction des fils.

La courbure reproduit assez fidèlement celle du dos de la langue. Sa forme particulière a un autre avantage. Pour l'introduire par la région sus-hyoïdienne, en avant de l'os hyoïde, il faut relever le manche en avant du menton du malade. Dans cette position la pointe pénètre presque comme une aiguille droite. Aussitôt qu'elle fait suffisamment saillie en avant de l'épiglotte, il suffit d'abaisser le manche vers le cou du malade pour que, suivant le dos de la

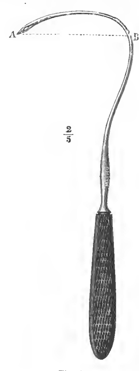


Fig. 1.

langue, elle vienne se présenter presque d'elle-même entre les lèvres (*fig.* 2).

Cet instrument est également d'un emploi commode pour la transfixion des sillons latéraux du plancher buccal à leur partie postérieure.

Pour les transfixions des parties latérales de la langue, lorsque l'on opère par la bouche, les aiguilles, dont je me sers, se terminent par une partie courbe, longue de trois à quatre centimètres, et formant avec le reste de la tige un angle d'environ 45°. Il y en a

de coudées de gauche à droite et de droite à gauche. Cette forme est employée depuis longtemps.

Avec deux de ces aiguilles coudées en sens inverse, une petite aiguille courbe ordinaire et celle qui a été décrite plus haut, on peut pratiquer assez simplement les ablations de langue les plus étendues. J'attache de l'importance à ce que toutes ces aiguilles soient aplaties latéralement et percées dans le même sens. Cette disposition a l'avantage de faire couler bien moins de sang que les aiguilles larges ou que les trocarts, et elle ne gêne pas sérieusement l'introduction des chaînes d'écraseur. Il est bien entendu qu'une petite incision préalable dans la région sus-hyoïdienne est indispensable.



Fig. 2.

M. Maurice PERRIN. Messieurs, je vous demande aussi la permission d'ajouter un post-scriptum à la discussion qui a suivi la communication si intéressante, au point de vue pratique, de M. Verneuil sur le traitement chirurgical des cancroïdes de la langue. Ce post-scriptum a pour objet de vous exposer très brièvement les faits que j'ai recueillis sur ce sujet dans mon service au Val-de-Grâce durant ces onze dernières années, et pour conclusion, la règle de conduite qui me paraît en découler.

Il a été pratiqué sept amputations de la langue dans les conditions suivantes :

OBS. 1. Un officier supérieur de cavalerie, âgé de 50 ans environ,

entra dans mon service, à la fin de 1868, pour un énorme épithélioma de la langue qui avait envahi la totalité de l'organe et qui s'étendait, en arrière, du côté gauche, jusqu'au pilier antérieur et, du côté droit, jusqu'à un centimètre du pilier correspondant. Cette production emplissait la bouche, provoquait une salivation incessante, empêchait de manger, de boire et de parler ; de plus elle occasionnait de fréquentes hémorragies, rebelles aux différents hémostatiques et qui avaient épuisé les forces du malade. Je pratiquai immédiatement l'ablation du mal par la bouche avec deux écraseurs fonctionnant simultanément. Grâce à la lenteur calculée du fonctionnement de l'instrument, l'opéré ne perdit que quelques gouttes de sang. L'anesthésie fut maintenue complete pendant 1 heure 1/2 sans aucun inconvénient. Les suites furent simples ; la guérison rapide, car le mutilé sortit guéri de l'hôpital au bout de six semaines.

Il se trouvait dans un état tellement satisfaisant qu'il reprit du service au moment de la guerre et mena toute la campagne. Une récidive funeste se déclara vers la fin de 1871 après deux années de bonne santé.

2e Obs. Un officier en retraite fut évacué dans mon service, en décembre 1873, pour y être traité d'un épithélioma occupant le côté droit de la langue, depuis le pilier correspondant jusqu'à deux centimètres de la pointe, sans extension à la muqueuse buccale. Destruction large, profonde de la tumeur avec le galvano-cautère en séances successives et espacées de 10 jours.

L'opéré sortit guéri en février 1874, n'ayant plus, au lieu et place de son mal, qu'une large cicatrice lisse et de bon aloi. Malheureusement, malgré ses promesses, il ne m'a pas donné de ses nouvelles. J'ignore quelles ont été les suites éloignées de l'opération.

3e Obs. Un officier en retraite, âgé de 62 ans, entra dans mon service, en septembre 1874, pour un épithélioma de la langue occupant toute la longueur du côté gauche de l'organe et s'étendant jusqu'au pilier correspondant ; pas de ganglion, ni d'extension à la muqueuse buccale. L'extirpation en fut pratiquée, à l'aide de deux écraseurs, par M. Poncet, agrégé de l'École, qui me remplaçait pendant les vacances.

Les limites du mal en arrière n'ayant pas été atteintes par l'instrument, M. Poncet y remédia par des applications successives du galvano-cautère.

C'est à ce moment que je repris le service. Je trouvai le mutilé en très bonne voie de guérison, bien qu'il se soit développé un abcès phlegmoneux en arrière et en bas de la parotide. Une large ouverture au bistouri, du drainage, des lavages fréquents avec l'alcool, eurent raison de cet incident en huit jours, et le malade sortit guéri le 15 décembre, assez solide et assez bien portant pour prendre le commandement dans la région de l'Est d'une compagnie de pompiers.

Il est revenu me voir plusieurs fois pendant trois années ; il était toujours dans un état très satisfaisant ; il continuait son service. Depuis lors, je n'en ai plus entendu parler.

4e Obs. Un lieutenant colonel en retraite entra dans mon service, le 4 janvier 1875, pour un épithélioma en nappe couvrant tout le côté droit de la langue, depuis la pointe jusqu'au pilier. Envahissement des ganglions sous-maxillaires du côté du mal. Destruction de la tumeur à l'aide du galvanocautère en 4 séances successives. Peu de retentissement du côté des ganglions malades.

L'opéré, fatigué de l'hôpital, sortit le 25 avril dans un état peu satisfaisant.

La santé générale était ébranlée et la cicatrisation n'avait pas eu cette marche franche, régulière, des cas heureux.

Je n'en ai pas eu de nouvelles; mais je ne doute pas que le malade n'ait succombé à une prompte récidive.

5e Obs. M. G., lieutenant, 52 ans, entré à l'hôpital, le 4 mai 1879, pour un épithélioma jeune, situé vers la pointe de la langue, plus développé à gauche qu'à droite et sans complication. Ablation très large avec le thermocautère. Sorti guéri le 3 juillet dans d'excellentes conditions. Mais je n'ai pas eu de ses nouvelles.

6e Obs. Un sous-officier retraité de la marine vint à l'hôpital pour un épithélioma du côté gauche de la langue, étendu du pilier jusque vers la pointe, sans complication du côté des ganglions, ni du côté de la muqueuse buccale. Ablation avec deux écraseurs; guérison simple et rapide; pas de récidive pendant deux années, après lesquelles j'ai perdu le malade de vue.

7e Obs. Un capitaine de vaisseau, âgé de 68 ans, entra dans mon service, le 12 décembre 1879, pour un épithélioma ulcéré siégeant à la partie postérieure du côté droit de la langue et s'étendant du pilier correspondant aux petites molaires. Il y avait deux ganglions sous-maxillaires et un état suspect de la muqueuse du plancher buccal, comme si elle était couverte de granulations.

Malgré mes observations, le malade voulut absolument être débarrassé de sa tumeur.

Elle fut enlevée le 14 décembre avec deux écraseurs, comme précédemment, par un agrégé de l'École qui me remplaçait. Il y eut une récidive sur la cicatrice malgré plusieurs applications de thermocautère.

8e Obs. M. le lieutenant colonel D. entra dans mon service, le 28 février 1877, pour un épithélioma du côté gauche de la langue. Cet épithélioma succédait à un psoriasis lingual remontant à plusieurs années et, particularité digne d'intérêt, son début avait été précédé, dans le point correspondant de la surface de la langue, par une desquamation permanente de la muqueuse. Cette surface était restée d'un rouge vif uniforme pendant près d'une année sans présenter aucune induration appréciable. Le malade pendant cette période avait été examiné par plusieurs spécialistes éminents. Il avait suivi des traitements antisyphilitiques, antiherpétiques, sans obtenir d'amélioration. Bref, au moment de son entrée à l'hôpital, une induration très légère, comme parcheminée, située sous la plaque rouge mentionnée plus haut me fit conseiller l'ablation du mal.

L'opération fut pratiquée le 2 mars. Toute la portion indurée, augmentée d'un centimètre de tissu sain dans tous les sens fut enlevée avec le thermocautère.

L'examen histologique, fait immédiatement par M. le professeur agrégé Laveran, fit connaître que l'infiltration épithéliale avait déjà envahi les tissus sains en apparence sur lesquels avait porté la section. Une hémorragie se déclara dans la journée, la seule que j'aie observé. J'en profitai, tout en arrêtant le sang, pour détruire avec le thermocautère profondément une forte épaisseur de ce qui restait du tissu de la langue.

Les suites de l'opération furent très simples ; la cicatrisation très rapide, car le malade sortit de l'hôpital le 24 mars, 22 jours après son entrée, pour aller reprendre le commandement de son régiment.

La guérison se maintint complète pendant 2 années ; mais le 23 mars 1879, mon pauvre guéri rentrait au Val-de-Grâce en proie à une effroyable récidive, qui avait envahi largement tout le plancher de la bouche jusque vers les piliers et tout le réseau ganglionnaire sus-hyoïdien.

La cicatrice de la première opération et ce qui restait de la langue avaient été respectés. La mort survint le 16 juillet de la même année.

Les faits qui précèdent, et d'autres plus anciens dont je n'ai gardé que le souvenir, m'ont conduit à admettre, au point de vue opératoire, deux espèces de cancroïdes de la langue, ceux auxquels il ne faut pas toucher et ceux qu'il faut enlever tout de suite et très largement.

Les premiers sont ceux qui, petits ou gros, récents ou anciens, s'accompagnent d'infiltration ganglionnaire ou d'altérations suspectes, fussent-elles légères, de la muqueuse buccale. Ils siègent habituellement dans les régions reculées de la bouche, vers les piliers ; ils sont mal délimités, superficiels, plutôt muqueux ou sous-muqueux que parenchymateux. Ceux-là, je le répète, il ne faut pas y toucher.

Quant aux autres, qui sont limités au tissu lingual, il faut les enlever, car leur ablation améliorera toujours la situation du malade, sans lui faire courir de risques. Ce serait se bercer d'illusions, que d'espérer des guérisons radicales ; mais on peut raisonnablement compter sur une survie, en pleine santé, de plusieurs années.

Avant de terminer, permettez-moi de soumettre à votre appréciation deux petites modifications qui m'ont beaucoup aidé dans le manuel opératoire.

J'ai dit, à propos de l'une de mes opérations, que j'avais sectionné avec le thermocautère en me tenant à un centimètre des limites appréciables du tissu pathologique. Cette proposition, à première vue, paraît plus théorique que pratique. Voici comment

je la réalise : Je commence par passer des fils d'argent, avec l'aiguille tubulée de Simpson, dans le sous-sol de la tumeur, passez-moi cette expression, à la distance voulue, en me servant du doigt comme guide. Je les espace de cinq millimètres ; puis, quand tout est placé, je les réunis en un seul chef, et je forme une véritable barrière métallique, que le cautère suit très aisément sans crainte de s'égarer.

La seconde modification est relative au passage des fils dans l'ablation des épithéliomas profonds par la voie buccale. Je n'ai pas trouvé ce qu'il me fallait dans nos arsenaux. J'ai fait construire un nouveau porte-aiguille et une nouvelle aiguille ; malgré les variétés sans nombre que nous possédons déjà, je me décide à vous la mentionner, à cause des services qu'elle m'a rendus.

L'instrument a la forme et les dimensions d'un trocart droit de 20 centimètres de longueur ; seulement, sa pointe triangulaire, très courte et percée d'un chas, est vissée sur l'extrémité de la tige. Lorsque cette pointe triangulaire a traversé les tissus en creusant un sillon suffisant pour le passage de la chaîne de l'écraseur, et qu'on la voit surgir à la surface au point voulu, on la fixe à l'aide d'une pince et on dévisse la tige. Il suffit alors de ramener d'arrière en avant la pointe armée de ses deux fils conducteurs. A l'aide de cette manœuvre, on peut, sans difficulté, enlever toute la portion de la langue, située en avant des piliers antérieurs, par les voies naturelles, méthode qui me paraît devoir être préférée, en raison de sa simplicité, à la voie sus-hyoïdienne, qui serait réservée pour les cas de nécessité.

M. Le Fort. M. Perrin n'a pas bien spécifié, dans ses observations, si la muqueuse de la face inférieure de la langue était prise.

M. Maurice Perrin. Dans aucun de mes cas le plancher de la bouche n'était envahi.

M. Desprès. J'ai été très satisfait d'entendre les communications de MM. Le Dentu et Perrin. M. Le Dentu a reproduit ici ce que nous avons tous vu, c'est-à-dire des opérations rapidement suivies de récidive et de mort, à moins qu'il n'y ait eu erreur de diagnostic. Les observations de M. Perrin ne sont pas moins instructives à ce point de vue. Tous ces faits confirment l'opinion que nous avons émise plusieurs fois, à savoir que les cas dans lesquels les malades survivent plus de deux ou trois ans sont tout à fait exceptionnels. Je n'admets pas de guérison définitive à la suite de l'ablation d'un cancroïde de la langue.

Je me joins à mes deux collègues pour dire qu'il n'y a rien de

mieux que l'écraseur linéaire pour sectionner la langue. J'ajouterai que s'ils ont été embarrassés pour passer les fils et la chaîne de l'écraseur, c'est qu'ils n'ont pas employé le trocart. Chassaignac se servait d'un trocart pour passer la chaîne. Dans le cas de la langue, le trocart, poussé de bas en haut, risque de piquer le voile du palais. Mais on évite la blessure de cet organe en le protégeant avec une cuillère ordinaire. Le trocart a encore l'avantage de faire un trou assez large pour qu'on puisse facilement passer une chaîne d'écraseur.

M. Trélat. Cette discussion a comporté deux points qu'il est besoin de bien distinguer. M. Verneuil a établi qu'il ne faut pas s'attarder aux médications internes ou externes dans le traitement des épithéliomas commençants de la langue, et qu'il importe de les opérer largement et le plus tôt possible. J'appuie complètement cette manière de voir. Qu'on appelle survie ou guérison le bénéfice que nous procurons aux malades, cela ne change pas le fond de la question. Une survie de deux, quatre, cinq et huit ans est certainement un résultat très appréciable. J'ai actuellement sous les yeux un client que j'ai opéré il y a huit ans. Les faits de survie dépassant trois années ne sont pas aussi rares que M. Desprès semble le croire. Nous sommes donc tous d'accord sur ce point : qu'il faut opérer largement dès qu'on a reconnu un épithélioma de la langue.

Mais la discussion a touché un autre point : dans quelles circonstances faut-il s'arrêter et ne pas opérer? Les chirurgiens ont poussé leurs opérations très loin; mais je dirai, comme MM. Perrin et Le Fort, que, lorsqu'il y a des ganglions dégénérés, le mal a dépassé les possibilités chirurgicales et qu'il faut s'abstenir.

Je suis d'avis qu'il faut que chacun se serve des instruments qui lui sont le plus commodes. Pour mon compte, je n'emploie pas le trocart de Chassaignac, mais une aiguille à peu près droite, d'un assez fort diamètre, et montée sur un manche. Ce n'est que, lorsqu'on veut faire une opération partielle par la bouche, qu'il faut recourir à des aiguilles présentant des courbes particulières.

J'ai expérimenté tous les moyens d'exérèse ; c'est l'écraseur qui est le plus hémostatique, à condition de s'en servir avec une grande lenteur.

M. Verneuil. La question qui s'agite maintenant est celle-ci : faut-il, oui ou non, opérer les malades qui ont des ganglions au cou ?

Sans doute, l'engorgement ganglionnaire peut être une contre-indication dans certains cas. Quand nous rencontrons un cancer de la mamelle avec des ganglions dégénérés dans la région du cou,

nous n'opérons pas. Quand nous rencontrons un épithélioma de la langue avec des ganglions dégénérés le long de la carotide, nous n'opérons pas non plus. Mais, quand les ganglions existent seulement dans l'aisselle, pour le cancer mammaire, et dans le plancher de la bouche, pour l'épithélioma lingual, nous opérons.

Indépendamment de ces opérations curatives, nous faisons aussi parfois des opérations palliatives pour soulager les malades et pour supprimer les douleurs intolérables qu'ils endurent quelquefois. J'ai cherché à montrer l'utilité de ces opérations palliatives dans certains cas.

M. Perrin nous a dit qu'il n'a pas opéré par la région sus-hyoïdienne. Si je propose d'opérer par cette région, ce n'est pas que je ne puisse enlever la langue par les voies naturelles, c'est parce que je veux enlever les tissus et les ganglions du plancher de la bouche. C'est là une question de procédé chirurgical. Il y a, d'ailleurs, des cas où on ne peut pas opérer par les voies naturelles, c'est lorsque la langue tient au plancher de la bouche.

Quant aux instruments d'exérèse, le seul malade que j'aie perdu est un homme que j'avais opéré par l'écraseur. Pour certaines opérations sur la langue, le thermocautère est excellent.

M. Maurice Perrin. J'insiste sur ma dernière opération, chez cet officier atteint de psoriasis lingual, pour dire que la plaque rouge de la face dorsale de la langue a existé longtemps sans aucune trace d'induration sous-jacente. Je signale cette particularité à mes collègues parce que, si un pareil fait se produisait dans l'avenir, ne faudrait-il pas le considérer comme une indication d'opérer, quand même les tissus ne sont pas indurés.

M. Trélat. J'ai dit dans le temps que les psoriasis de la langue, qui sont suivis de cancroïdes, sont extrêmement nombreux. Je crois que le malade de M. Perrin a eu cette desquamation localisée en même temps que l'infiltration interstitielle se produisait. Cette chute de l'épiderme témoigne de l'invasion profonde e indique d'opérer.

Présentations de malades.

Résection du coude.

M. Sée présente une jeune fille à laquelle il a pratiqué la résection du coude, il y a sept ans. Le résultat est parfait au point de vue fonctionnel.

Cette jeune fille se sert de son bras comme de celui du côté

non opéré. Elle peut soulever un corps lourd, tel qu'une chaise, elle peut porter la main en arrière de la tête, comme pour se coiffer.

M. Labbé fait remarquer que le membre opéré, dont le rétablissement des fonctions est si remarquable, présente néanmoins des mouvements de latéralité considérables au niveau du coude. Il faut donc en tirer cette conséquence que la mobilité latérale, après la résection du coude, n'est pas aussi nuisible qu'on l'a dit.

M. Gillette. Il y a deux ans, j'ai présenté à la Société un malade chez lequel j'avais pratiqué une résection sous-périostée du coude. L'extrémité inférieure de l'humérus s'était reproduite, et une nouvelle articulation s'était formée. Les fonctions du membre étaient complètes.

Macrodactylie éléphantiasique.

M. Lannelongue présente un enfant dont l'index et le médius de la main droite sont affectés d'un développement éléphantiasique considérable. Il demande à ses collègues s'il faut faire l'amputation de ces doigts, et comment il faut faire l'amputation. Il pense, quant à lui, qu'il faudrait désarticuler l'index et laisser la première phalange du médius, afin de moins déformer la main.

M. Sée. J'ai déjà présenté cet enfant à la Société, et je faisais remarquer alors que l'hypertrophie des doigts avait eu pour point de départ une opération que j'avais pratiquée pour séparer le médius de l'index, qui étaient soudés ensemble. Avant l'opération de la syndactylie, les doigts avaient leur volume normal. L'opération a bien réussi, quoique l'un des lambeaux se soit mis à suppurer.

Je suis d'avis qu'il faut faire l'ablation complète de ces doigts. Si on laisse une portion du médius, sous prétexte d'avoir une main plus régulière, on s'expose à voir la maladie continuer dans la phalange conservée.

M. Farabeuf. En examinant le malade, il m'a semblé que le pouce était aussi atteint d'un commencement d'hypertrophie.

Je pense que, si l'on conservait la première phalange du médius, on aurait un appendice plus nuisible qu'utile. Il me semble que l'on donnerait à la main une configuration plus régulière en coupant obliquement la tête du métocarpien de l'index et en désarticulant le médius.

M. Trélat. Je suis d'avis d'enlever complètement ces doigts. Quant à l'origine de cette hypertrophie, je ne crois pas qu'elle soit

consécutive à l'opération faite par M. Sée. Pour moi, cette hypertrophie est congénitale. J'en ai signalé plusieurs exemples dans un mémoire, publié en 1870 dans les *Archives de médecine*, sur les hypertrophies congénitales. Quelques individus naissent avec un organe ou une partie du corps légèrement hypertrophié; cette lésion est d'abord à peine perceptible, mais à mesure que l'individu grandit, cette partie, ou cet organe, prend des proportions géantes.

M. Desprès. Cette maladie me paraît plus grave qu'on ne le croit. Non seulement deux doigts, mais encore l'éminence thénar est atteinte d'hypertrophie. Or, ces hypertrophies tendent sans cesse à augmenter. Si on ampute les doigts, on laissera dans le lambeau une grande partie de ce tissu, qui continuera à se développer indéfiniment. J'opinerai pour l'amputation de l'avant-bras à son extrémité inférieure.

M. Sée. Lorsque j'ai opéré cet enfant, il ne venait pas de naître, il avait quatre ans, et j'affirme que les doigts soudés ne présentaient rien de gigantesque. Pour moi, ce n'est donc pas une maladie congénitale.

M. Lannelongue. Je rattache, comme M. Trélat, cette maladie à un état congénital. Le père m'a dit que son enfant avait déjà ces doigts plus longs au moment de sa naissance.

En amputant les doigts, on coupera évidemment en plein tissu malade ; mais ce tissu est-il dangereux au point de vue de la récidive? Je ne le pense pas, et je ne ferai jamais l'amputation de l'avant-bras dans la crainte de voir l'hypertrophie continuer à envahir les autres parties de la main. Je n'accepte pas non plus l'idée d'amputer la tête du deuxième métacarpien, parce que ce sacrifice est inutile et n'améliorera pas la forme ni les fonctions de ce qui restera de la main.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le Secrétaire,

Polaillon.

Séance du 22 décembre 1880.

Présidence de M. Tillaux.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

Correspondance.

La correspondance comprend :

1° Les journaux périodiques publiés à Paris ;

2° Le *Bulletin de l'Académie de médecine.* — Le *Bulletin de la Sociéte de chirurgie.* — La *Revue des sciences médicales.* — Le *Recueil d'ophtalmologie.* — Les *Annales de gynécologie.* — Le *Bulletin général de thérapeutique.* — Le *Lyon médical.* — La *Revue d'oculistique.* — Le *Bulletin de l'académie de Belgique.* — La *Revue médicale.* — La *Revue scientifique ;*

3° Le *Journal d'Athènes.* — La *Chronique médico-chirurgicale de la Havane.* — Le *British medical.* — La *Gazette médicale italienne-lombarde ;*

4° *De la kératite des moissonneurs*, par le Dr Dehenne ;

5° *Observation de greffe d'une phalangette*, adressée par le Dr Bertrand, d'Elbeuf (M. Magitot, rapporteur) ;

6° *Observation de rétrécissement infranchissable ; Uréthrotomie interne à l'aide de l'uréthrotome à bout coupé*, par M. Bétances, de Paris (M. Verneuil, rapporteur).

M. le Président annonce que M. Duménil, de Rouen, et M. Bourgeois, d'Étampes, assistent à la séance.

Traitement de l'épithélioma de la langue.

(*Suite de la discussion.*)

M. Anger. L'importante discussion, dont le cancer de la langue a été l'objet dans nos dernières séances, a mis en lumière un certain nombre de propositions qui semblent admises par le plus grand nombre des orateurs qui ont pris la parole à ce sujet. C'est d'abord ce fait, que j'ai le premier signalé dans ma thèse, qu'il n'existe dans la langue qu'une variété de cancer, le cancer épi-

thélial ou épithélioma. Depuis que j'ai émis cette proposition, en 1872, je ne sache pas que l'on ait produit aucune autre variété de cancer, soit encéphaloïde, soit squirrheux, etc.

Une autre proposition, que j'avais émise dans le même travail, a été pleinement confirmée par M. le professeur Verneuil, qui, de son côté, s'appuyant sur sa vaste expérience personnelle, est venu crier gare aux praticiens qui ordonnent le mercure et l'iodure de potassium aux malades atteints d'épithélioma lingual, et aggravent ainsi par ce malencontreux traitement le mal qu'ils veulent guérir. Voilà une seconde proposition qui n'a pas été contredite et reste acquise au débat.

Comme corollaire, M. Verneuil a proposé l'ablation hâtive, et il en a montré par des faits l'utilité pratique.

Reste l'invasion ganglionnaire. Or, voici ce que j'en disais en 1872 dans ma thèse d'agrégation :

« L'infection ganglionnaire est généralement considérée comme une complication fâcheuse et de mauvais augure; et pour peu qu'elle s'étende, elle devient une contre-indication formelle. Les plus osés risquent encore l'opération lorsqu'il n'y a que deux ou trois ganglions engorgés; encore faut-il qu'ils soient bien limités, superficiels et facilement accessibles. Les plus timides s'abstiennent dès qu'ils constatent l'induration d'un ou plusieurs ganglions.

« J'avoue ne point saisir clairement les raisons qu'on apporte à l'appui de cette réserve, lorsque d'ailleurs l'état local de l'ulcère ne vient pas contre-indiquer l'opération.

« Il est évident que, si les premiers négligeaient l'ablation de ces ganglions indurés, ils s'exposeraient à une récidive certaine. Mais telle n'est pas la question : il s'agit de savoir si les récidives ont été plus fréquentes, après les opérations accompagnées d'extirpation des glandes indurées, qu'après les opérations faites sur des sujets en apparence indemnes de toute infiltration ganglionnaire. Or, je ne vois pas que les chirurgiens qui, comme MM. Tillaux et Huguier, ont opéré des sujets de la première catégorie, aient eu à se repentir de leur témérité.

« Malgré la gravité des opérations préalables qu'ils ont exécutées pour dépasser les limites du tissu morbide et atteindre les ganglions malades; la guérison de leurs opérés s'est maintenue un et deux ans. M. Labbé opère deux malades dans des conditions en apparence bien meilleures, puisqu'ils n'avaient aucune trace extérieure d'engorgement ganglionnaire; trois mois après, ses malades succombent à des récidives dans les ganglions sans trace de repullulation sur place. Quoique en petit nombre, ces faits sont frappants et donnent à réfléchir.

« Si les résections, à part leur gravité plus considérable, fournissent des guérisons plus durables, n'en faut-il pas chercher la cause dans l'ablation des ganglions indurés, dont la présence a dû contribuer au choix de la méthode opératoire ?

« Ces considérations peuvent paraître paradoxales, et cependant si l'on veut bien réfléchir que l'on ne saurait conclure, de l'absence d'induration apparente, à l'absence d'infection, celle-ci pouvant être assez faible pour échapper à l'examen le plus attentif, on comprendra que les récidives doivent logiquement apparaître moins rapidement après l'extirpation d'un ganglion induré, que si ce même ganglion en apparence sain, mais déjà infecté en réalité, a été laissé dans la plaie. On pourrait encore invoquer, à l'appui de cette interprétation, ce fait d'observation que l'infection se fait peu à peu ; et qu'il faut un certain temps pour que, partie d'un point, elle atteigne les derniers anneaux de la chaîne ganglionnaire. C'est donc arrêter l'invasion épithéliale et lui couper la route que de détruire les noyaux glandulaires où elle s'attarde.

« De cette discussion ressort, ce me semble, cette conclusion que, la présence d'un ou plusieurs ganglions engorgés ne saurait contre-indiquer l'opération, à la condition bien entendu, qu'ils soient isolés, superficiels et facilement énucléables. Mais si toute la chaîne ganglionnaire est prise, si les productions épithéliales franchissent leur enveloppe, se répandent dans les tissus environnants, et forment des masses agglomérées, toute chance d'extirpation complète s'évanouit, et la contre-indication opératoire devient formelle. »

Il m'a semblé qu'un assez bon nombre de mes collègues paraissaient disposés à se rallier à ces conclusions ; voilà pourquoi j'ai demandé à les lire.

Il est une autre complication également signalée par moi, mais depuis lors, développée longuement en Allemagne, et dont le hasard m'a rendu tout récemment témoin dans mon service d'hôpital.

Permettez-moi de vous exposer brièvement ce cas :

Vers le milieu d'août entre dans mon service un homme de 52 ans. Quatre mois auparavant il s'était aperçu qu'il avait en arrière de l'angle de la mâchoire, au-dessous du lobule de l'oreille, un petit noyau induré du volume d'une noisette. Cette induration devenant très douloureuse, la déglutition étant difficile, le malade se décida à entrer à l'hôpital. Toute la région mastoïdienne était dure comme du bois, rétractée, la peau était adhérente, plissée et ratatinée.

La bouche ne s'ouvrait qu'à demi, juste assez pour laisser voir l'amygdale qui, à ce moment, semblait intacte. Le malade accusait des douleurs intolérables dans tout le côté droit de la tête et du cou ; on

essaya vainement, pour les calmer, des injections de morphine, des applications de compresses imbibées d'une solution d'atropine, des calmants à l'intérieur, du chloral, etc. Rien ne pouvait soulager les douleurs qui étaient atroces et privaient ce malade de sommeil et de nourriture.

La tête était inclinée à droite par suite de la rétraction avec induration de tous les tissus du côté droit de la tête et du cou. La pupille du côté droit était rétrécie et, dans l'obscurité, elle ne se dilatait pas.

Il me parut évident que le grand sympathique devait être comprimé, et qu'il s'agissait d'un de ces cancers atrophiques, qui rétractent et étouffent, pour ainsi dire, tous les tissus qui les environnent.

En présence de ces douleurs insupportables, que j'attribuais à la rétraction des tissus par un de ces cancers atrophiques tel que Morel-Lavallée en a signalé un exemple, à la base de la langue, je résolus de faire une longue incision sur le bord interne du sterno-mastoïdien. Cette ouverture se ferma rapidement, sans suppuration pour ainsi dire. Mais elle eut l'avantage de modifier les douleurs et de les atténuer au point que le malade ne s'en plaignit plus aussi vivement, et que les injections de morphine devinrent inutiles.

Le malade, quoique soulagé, n'en continua pas moins à dépérir. La pupille droite se rétrécit de plus en plus, et le myosis devint excessif. Puis la déglutition se fit de plus en plus péniblement. C'est à grande peine qu'il rejetait des crachats glaireux et filants.

Vers le commencement de décembre, je m'aperçus que son haleine sentait mauvais et ce fait me fit pressentir l'existence d'un abcès gangréneux du poumon. L'auscultation resta cependant sans résultat. On fit appliquer un vésicatoire. Mais la respiration devint de plus en plus difficile. Le malade ne pouvait déglutir de liquides qu'au prix de grands efforts, et encore en rejetait-il la moitié. Il s'éteignit le 12 décembre dans un état de cachexie irrémédiable.

A l'autopsie, on trouva un cancer rameux qui envoyait des prolongements dans la parotide, dans le muscle sterno-mastoïdien, dont les fibres musculaires étaient disparues et atrophiées, et enfin vers l'amygdale droite, à la surface de laquelle on apercevait deux saillies papuleuses que vous trouverez représentées sur le dessin que je vais faire passer sous vos yeux. En outre, à la base du poumon droit, au niveau de la voussure du diaphragme existait un vaste abcès gangréneux que nous avions soupçonné pendant la vie, grâce à la fétidité de l'haleine. Vous verrez sur le dessin que la langue est très petite, ratatinée, quoiqu'elle ne fût pas le siège originaire du cancer.

Il m'a semblé que cette observation était un exemple rare de cancer atrophique, digne de vous être présentée à cause de sa rareté.

Il est à noter que l'infection ganglionnaire a joué un rôle à peu près nul dans ce cas, et nous n'avons trouvé aucune masse ganglionnaire distincte à l'autopsie de cet individu. Dans le seul cas de cancer atrophique de la langue que je connaisse, et qui est dû

à Morel Lavallée, il n'est signalé non plus aucun engorgement ganglionnaire. L'enseignement pratique qui ressort de cette observation, c'est la nécessité pour le chirurgien de porter son attention non seulement sur les ganglions, mais encore sur les poumons, avant de se décider à entreprendre l'extirpation des cancers de la langue, qui peuvent produire et produisent assez souvent la septicémie pulmonaire.

M. Desprès. Il est écrit dans tous les livres que les malades atteints de cancroïdes peuvent mourir d'infection purulente avec des abcès. Le malade de M. Anger a eu une infection purulente avec un abcès métastatique.

M. Terrier. Il y a deux faits intéressants dans l'observation de M. Anger : c'est le cancer atrophique de la langue et la pneumonie gangréneuse. Je pense qu'il n'y a aucune relation à établir entre le cancer de la langue et la pneumonie. Les individus qui ont un cancer de la langue, de l'amygdale, du pharynx, ne s'alimentent pas, et, comme les aliénés, comme les animaux soumis à l'inanition, ils meurent de pneumonie gangréneuse.

M. Anger. Dans mon cas, il n'y a pas eu une pneumonie gangréneuse ; il n'y a pas eu des abcès multiples comme dans l'infection purulente. Il n'y a eu qu'un seul abcès, et je persiste à croire qu'il s'agissait là d'un abcès d'origine septicémique.

M. Verneuil. Cela n'a rien de spécial au cancer de la langue. Les abcès du poumon sont beaucoup plus communs dans le cancer de l'œsophage que dans celui de la langue.

M. Le Dentu. Je ne crois pas que les affections du poumon soient liées au cancer de la langue. Dans une de mes observations, l'opéré a éliminé des escharres. Il y avait eu une gangrène superficielle des bronches, produite par la septicémie.

M. Trélat. M. Anger a certainement exagéré, d'après un seul fait, la valeur de l'influence de l'épithélioma lingual sur le développement des accidents pulmonaires. D'ailleurs, le cancer de son malade différait notablement de l'épithélioma de la langue, puisque c'était l'amygdale qui était atteinte. De plus, les phénomènes nerveux, qu'il a signalés, n'étaient peut-être pas sans relation avec la nutrition du poumon et les accidents qui se sont produits. Cette observation ne saurait donc montrer l'influence du cancer de la langue sur les altérations du poumon. Une théorie qui admettrait le transport de produits septiques de la bouche dans le poumon est loin d'être démontrée. Il faudrait des faits nombreux pour l'établir.

Le fait de M. Anger s'éloigne tout à fait du sujet qui est en discussion depuis un mois.

M. Anger. Les statistiques allemandes démontrent qu'il se produit des inflammations du poumon consécutivement aux affections de la bouche. Je communiquerai, dans la prochaine séance, les statistiques auxquelles je fais allusion.

Communication

Note sur l'élongation des nerfs dans le traitement de l'ataxie locomotrice.

par M. Gillette.

Messieurs, je désire vous exposer en peu de mots, je ne dis pas une nouvelle méthode thérapeutique chirurgicale (ce titre serait trop ambitieux), mais quelques *essais* que j'ai faits récemment à Bicêtre avec mon collègue le Dr Debove sur l'*élongation des nerfs dans l'ataxie locomotrice:*

Bicêtre regorge d'ataxiques qui, pour se soulager passagèrement de leurs affreuses douleurs fulgurantes, en arrivent à se morphiniser chaque jour à un degré presque incroyable ; aussi M. Debove a-t-il eu l'idée d'appliquer l'élongation des nerfs à cette maladie et m'a prié de m'adjoindre à lui comme chirurgien. Trois observations publiées en Allemagne et relatées dans la communication que mon collègue a faite à la Société médicale des hôpitaux, justifient entièrement ces tentatives.

Nous venons d'opérer successivement trois malades, l'un il y a cinq semaines, le second il y a huit jours, le troisième ce matin même; un mot sur chacun d'eux et sur ce que j'ai fait, au point de vue opératoire.

Le *premier*, homme de 56 ans, présente des douleurs fulgurantes dans les quatre membres, depuis six ans au moins, et une incoordination complète des membres inférieurs, qui le condamnent absolument au lit depuis dix-huit mois ; les douleurs reviennent au moins tous les deux jours. — *Élongation du sciatique gauche* à la partie moyenne et postérieure de la cuisse. Mon incision est de dix centimètres de longueur ; à l'aide de mes deux index placés au centre de la plaie et s'écartant vers les angles, comme pour une ligature, je déchire le tissu cellulo-graisseux et arrive facilement sur le nerf que je dénude, sur toute sa surface, dans l'étendue d'un centimètre tout au plus ; une sonde canelée introduite au-dessous du cordon, le soulève ; passant alors mes deux doigts, index et médius droits, en crochet sous le nerf, je l'attire brusquement en haut

et perpendiculairement au membre, à deux reprises différentes et à une distance de 12 à 15 centimètres du plan postérieur de la cuisse ; je reprends ensuite le nerf au fond de la plaie, entre le pouce et l'index de chacune de mes mains, puis je l'étire violemment et parallèlement à lui-même. Très peu de sang de perdu. Pas d'anesthésie. Le malade nous dit que, comparée à celle qu'il éprouve depuis si longtemps, la douleur opératoire a été bien peu de chose. Quatre points de suture, drain dans la partie déclive, pansement phéniqué et ouaté. Pas de paralysie concécutive. Depuis cinq semaines qu'il est opéré le malade a vu disparaître complètement ses douleurs fulgurantes dans les 4 membres et diminuer considérablement son incoordination des membres abdominaux ; il n'a présenté que deux crises gastriques avec quelques vomissements, mais qui n'ont rien de comparable, comme intensité, avec ce qu'il ressentait auparavant. Il peut se tenir sur les jambes et faire quelques pas soutenu par un infirmier. La lenteur que la plaie a mis à se cicatriser me paraît, peut-être, devoir être attribuée aux mouvements un peu trop fréquents qu'on a fait subir au membre, pour juger de l'amélioration des phénomènes d'incoordination.

Le *second* malade a 50 ans et depuis 15 ans est attaqué des membres supérieurs, accessoirement des membres abdominaux; ses douleurs fulgurantes reviennent tous les jours et ne lui laissent que bien peu de repos. Il y a huit jours, *élongation de deux troncs nerveux du plexus brachial droit.* Anesthésie complète du malade ; je fais une incision de 7 centimètres de longueur, analogue à celle de la ligature de l'humérale à la partie supérieure ; je divise l'aponévrose sur la sonde cannelée et arrive directement sans léser aucune veine importante sur le paquet vasculo-nerveux ; je dénude sur une très petite surface un premier gros cordon nerveux interne, que je suppose être formé par le nerf cubital et le brachial-cutané interne, et un second cordon situé plus en dehors et qui est évidemment le nerf médian ; passant ensuite deux sondes cannelées très fortes sous ces deux troncs nerveux, je saisis de mes deux mains les extrémités des deux sondes, puis j'attire violemment à moi et perpendiculairement à la surface interne du bras les deux cordons, qui se trouvaient alors écartés du plan du membre au moins de dix centimètres : un élève qui maintenait solidement le bras et l'avant-bras a senti distinctement un froissement ou crépitation produite par le glissement des troncs nerveux dans leur gaine celluleuse. Trois points de suture, pansement phéniqué; en 4 jours réunion par première intention de la plaie ; pas une goutte de pus. Immédiatement aprés l'opération, le malade a accusé un fourmillement de la partie interne de la main sur le trajet du nerf cubital ; depuis, le malade n'a plus ressenti ses douleurs fulgu-

rantes qui étaient quotidiennes; un seul jour une douleur s'est manifestéc, mais d'une façon passagère, au coude et à l'avant-bras sur le trajet du nerf cubital; de plus, l'incoordination des membres inférieurs s'est atténuée au point que cet homme a laissé de côté sa canne pour marcher, et n'est plus obligé de s'appuyer sur les barreaux des lits pour se promener dans la salle.

Je ne puis que fournir quelques détails opératoires sur le *troisième* malade que j'ai opéré ce matin. C'est un garçon de 30 ans accusant des douleurs fulgurantes atroces parcourant, la nuit surtout, les viscères abdominaux (rectum, vessie, intestins, etc.). J'ai pratiqué l'élongation du sciatique gauche de la même manière que chez le premier de nos malades, en me servant d'une palette de bois appliquée sur le membre et percée à son centre d'un trou ovalaire par lequel j'ai attiré un lac passé au-dessous du nerf; une veine de moyen calibre s'est rompue par le fait de l'élongation nerveuse, ce qui a nécessité l'emploi d'une pince hémostatique. Trois sutures profondes et trois superficielles; pansement phéniqué, pas de drain.

Un mot, en terminant, sur quelques expériences cadavériques que nous avons faites, M. Debove et moi, avec le dynamomètre dans le but de mesurer le degré maximum de traction nécessaire pour rompre certains cordons nerveux. — Pour arriver à déterminer la rupture du nerf sciatique, découvert comme dans les opérations précédentes, il nous a fallu exercer, toujours perpendiculairement à la surface postérieure de la cuisse, une traction équivalente à 75 kilogrammes; pour les deux nerfs cubital et médian réunis, la traction a été de 45 kilogrammes; ces chiffres me semblent apporter une sécurité, relative bien entendu, sur la possibilité d'une rupture sur le vivant, car jamais on n'emploiera une traction aussi forte.

Je ne veux absolument rien conclure, Messieurs, des faits précédents, à un point de vue général. Il est nécessaire, pour cela, d'un bien plus grand nombre d'observations, et surtout on doit suivre scrupuleusement les malades pendant de longs mois, pour voir si les douleurs ne reparaîtront pas avec toute leur intensité; mais en raison de la nature même de l'affection pour laquelle nous les avons faits, *ces essais* méritent, je crois, d'attirer l'attention et d'être l'objet d'une étude approfondie. C'est à ce double titre que j'ai cru utile de venir vous les exposer.

Discussion.

M. Terrier. Il y a deux choses distinctes dans la communication de M. Gillette: le premier point est exclusivement médical et ne

doit pas nous occuper, c'est l'influence de l'élongation des nerfs sur l'ataxie locomotrice. Le second point, au contraire, nous intéresse directement, c'est le *modus faciendi* pour faire l'élongation des nerfs. M. Gillette nous a dit qu'il avait attiré le nerf à 15 centimètres, ce qui est bien vague. Il serait utile de savoir quelle force de traction il a employé. L'élongement des nerfs peut être pratiqué non seulement dans l'ataxie, mais dans beaucoup d'autres maladies. Il faudrait tirer sur le nerf avec un dynanomètre pour savoir avec quelle force on agit.

M. Gillette. En disant que j'ai tiré le nerf à 15 centimètres, j'ai voulu dire à 15 centimètres de la surface du membre. M. Mariaud construit, sur mes indications, un dynamomètre pour ce genre d'opération. Cet instrument ne sera prêt que dans quelques jours. On saura alors avec quelle force on pratique l'élongation.

M. Duménil. Ne serait-il pas bon de tenir compte de la distance qui existe entre le point sur lequel porte la traction et l'origine médullaire du nerf? En se rapprochant de la moelle, ne pourrait-on pas arracher les racines des nerfs?

M. Terrier. Les chirurgiens allemands ont pensé qu'il fallait intervenir en remontant du côté de la moelle; et ils attribuent les récidives à ce qu'on a fait l'élongation trop loin des racines médullaires.

M. Nicaise. Dans les expériences d'élongation de nerfs que j'ai pratiquées sur le cadavre, j'ai senti des craquements analogues à ceux dont M. Gillette vient de parler. Ces craquements me paraissent produits par la déchirure du tissu cellulaire qui entoure les nerfs. J'ai constaté encore l'arrachement des racines à leur insertion à la moelle. On sait, d'ailleurs, quel'élongation a été quelquefois suivie d'une paralysie incurable. Il est donc nécessaire de bien se rendre compte des lésions que l'on peut produire en élongant les nerfs.

M. Verneuil. Je dirai, commo M. Terrier, que le traitement de l'ataxie locomotrice par un nouveau moyen ne nous regarde nullement. Quant à la technique opératoire de l'élongation des nerfs, je désirerais quelle fût mieux indiquée. M. Gillette ne nous dit pas si dans ses opérations le membre était fléchi ou étendu; dans l'un ou l'autre cas l'élongation exige un effort très différent. Si le membre est étendu, l'écartement du nerf à une distance de 15 centimètres de sa surface me paraît excessif. Il ne faut pas oublier qu'on a arraché les racines du nerf à leurs insertions médullaires en tirant simplement sur un membre pour réduire une luxation. Dans

la question qu'il adressait tout à l'heure, M. Dumenil avait en vue le cas de Flaubert qui, en voulant réduire une luxation de l'épaule, a arraché les racines des nerfs du bras, et le blessé est mort.

M. Desprès pense que l'élongation des nerfs ne sera jamais ni de la bonne médecine, ni de la bonne chirurgie, et que les douleurs fulgurantes doivent revenir quelque temps après l'opération.

M. Gillette. Les chirurgiens allemands ne nous ont pas donné de détails sur leurs procédés opératoires touchant l'élongation. Quant à moi, j'ai pratiqué mes opérations le membre étant étendu, en écartant le nerf de l'axe du membre et en m'éloignant le plus possible des origines rachidiennes.

Je répondrai à M. Desprès qu'après avoir vu les résultats de l'élongation du nerf dans l'ataxie locomotrice, je me ferais faire cette opération si j'étais ataxique.

M. Terrillon. Le manuel opératoire de l'élongation pour l'ataxie ne doit pas différer de l'élongation pour l'épilepsie d'origine périphérique, pour les névralgies et pour les moignons douloureux.

J'ai fait des expériences d'élongation de nerfs sur des chiens ; on entend des craquements, mais on ne sait pas si c'est le nerf, sa gaine ou les tissus phériphériques que l'on déchire. J'ai fait examiner au microscope les nerfs élongés, et on a rien trouvé. De longtemps on ne saura ce qu'on fait dans l'élongation des nerfs et comment cette opération agit.

Rapport

M. Duplay fait un rapport verbal sur l'observation suivante :

Rétention d'urine survenue au 3me mois de la grossesse ; rétroversion utérine

par M. Cauvy, de Béziers.

Il s'agit d'une femme, de 34 ans, arrivée au 3me mois de sa sixième grossesse. A la suite de fatigues plus grandes que d'ordinaire, elle éprouva des envies fréquentes d'uriner, du ténesme vésical et des douleurs après la miction. Bientôt tous ces phénomènes s'aggravèrent et le ventre se développa d'une manière anormale. On lui affirmait qu'elle accoucherait bientôt, lorsqu'elle vint consulter M. Cauvy. Celui-ci trouva, en effet, que le développe-

ment du ventre simulait une grossesse très avancée. Il existait dans le ventre une tumeur ovoïde, remontant au-dessus de l'ombilic, fluctuante, douloureuse à la pression, laquelle pression occasionnait immédiatement une recrudescence dans les besoins d'uriner. Par le toucher, on sentait la masse utérine en rétroversion, et le museau de tanche porté en avant et très bas. Depuis huit jours la malade ne pouvait expulser que quelques gouttes d'urine et cela après les plus grands efforts. Elle était obligée de se tenir courbée en avant, afin de diminuer la tension de l'abdomen. M. Cauvy pratiqua immédiatement le cathétérisme au moyen d'une sonde molle. Il s'écoula deux litres et demi d'urine, et tous les accidents cessèrent. La femme put reprendre ses habitudes de travail au bout de quelques jours. L'utérus, qui était en rétroversion, reprit sa place et la grossesse suivit son cours sans encombre.

M. le rapporteur propose d'adresser des remerciements à M. Cauvy et de déposer son observation dans les archives.

Discussion.

M. Guéniot. La rétroversion pendant les premiers mois de la grossesse produit, comme premier phénomène, la rétention d'urine ; et la rétention d'urine, une fois établie, augmente la rétroversion. L'évacuation de la vessie a donc une grande importance au point de vue de la réduction de l'utérus rétroversé.

Les conclusions du rapporteur sont mises aux voix et adoptées.

Rapport.

M. Terrier fait un rapport verbal sur une observation de *désarticulation de la hanche*, par M. A. Demons, et propose de publier cette observation dans nos Bulletins.

Cette proposition est adoptée.

Observation de désarticulation de la hanche pour une nécrose du fémur suivie de fracture spontanée et d'une périostite suppurée très étendue. — Guérison. — Appareil prothétique.

Par M. Albert Demons.

Turin Cressant, journalier, 56 ans, né à Dax, entré à l'hôpital Saint-André, salle 10, le 31 mars 1879. Il raconte qu'à l'âge de 14 ans, il ressentit un jour une vive douleur à la cuisse gauche. Un abcès se forma et donna issue à une assez grande quantité de pus. Il resta plusieurs mois alité. Depuis cette époque, l'abcès s'est rouvert à cinq ou six reprises différentes, et le pus a entraîné avec lui quelques parcelles

osseuses. A la partie externe et inférieure de la cuisse gauche, on trouve un trajet fistuleux au fond duquel le stylet rencontre un petit séquestre. Ce petit séquestre est enlevé le 3 avril. Les jours suivants, la suppuration et la cicatrisation de la plaie marchaient régulièrement, lorsque, au commencement de juin, le malade, en se levant de son lit, sent un brusque craquement dans la cuisse et tombe sur le parquet sans pouvoir se relever. Il est facile de reconnaître une fracture du fémur vers la partie moyenne, avec chevauchement, mobilité anormale, etc. Le membre est placé d'abord dans un appareil de Scultet, puis dans une gouttière. Il devient bientôt le siège de vives douleurs et d'un gonflement considérable, et le 16 juin, ayant constaté la présence d'un vaste abcès, je pratique une longue incision verticale d'où jaillit au moins un litre de pus fétide. Le patient est momentanément soulagé, mais la suppuration reste abondante et garde sa fétidité, malgré les précautions antiseptiques ; l'appétit et le sommeil se perdent complètement, le teint devient jaunâtre, l'œdème du membre inférieur gagne le côté gauche du tronc, des traces d'albumine apparaissent dans les urines. La température descend à 36° et 35°6. La mort paraît prochaine.

Je me décide alors à tenter une opération radicale : soit l'amputation de la cuisse au-dessous du trochanter, soit la désarticulation coxo-fémorale, selon l'étendue des lésions, que je me propose de rechercher, quand le malade aura subi l'influence du chloroforme.

Le 24 juin 1879, l'anesthésie étant complète, j'introduis le doigt dans l'incision et je trouve un vaste foyer dont le centre est occupé par le fémur dénudé et rugueux, depuis le voisinage des condyles jusqu'au col. La désarticulation de la hanche s'imposait. Un aide sûr reçoit la mission de comprimer l'artère fémorale sur l'éminence iléo-pectinée, de saisir le lambeau antérieur avec l'autre main aussitôt que ce lambeau aura été taillé et de le renverser sur l'abdomen. Je forme ce lambeau antérieur par transfixion, selon le procédé de Béclard.

L'artère fémorale, béante sur la surface de section, est saisie avec une pince à forcipressure avant d'avoir pu donner une goutte de sang. Des pinces semblables sont appliquées rapidement sur tous les vaisseaux coupés d'où l'on voit le sang s'échapper. Je prends, avec le davier de Farabeuf, le fragment supérieur du fémur fracturé, et grâce aux mouvements que je lui imprime ainsi de la main gauche, je réussis sans peine à ouvrir l'articulation et à détacher la tête. J'achève la séparation du membre en taillant un lambeau postérieur de même longueur que l'antérieur. Aussitôt, mes aides recouvrent le fond de la plaie et toute la surface sanglante de nombreuses éponges bien exprimées. En les enlevant une à une, je place au fur et à mesure une pince à forcipressure sur chaque vaisseau ouvert. Je reste maître de l'hémorragie, qui a été peu considérable et n'a pas certainement dépassé celle qui accompagne ordinairement une amputation de jambe pratiquée sans l'application préalable de la bande d'Esmarch. Je ne dois pas omettre de dire qu'avant l'opération, le membre avait été tenu élevé pendant quelques minutes. Les ligatures sont faites avec des fils de chanvre.

Cependant le patient est frappé de syncope. Pendant que je m'occupe moi-même à le ranimer, un aide trop pressé coupe au ras les fils des ligatures, croyant sans doute que ce sont des fils de catgut. Il ne respecte que le fil de la fémorale. La veine crurale ne donnant pas de sang n'est pas liée.

Sur le lambeau postérieur, une large bande de tissus enflammés est réséquée avec les ciseaux courbes, et lavée avec la solution de chlorure de zinc au douzième.

Les deux lambeaux ont une forme convenable ; ils s'adaptent bien l'un à l'autre. Ils sont réunis superficiellement par 39 points de suture entortillée. De longs brins de charpie collodionnée, appliqués entre les épingles, sont destinés à fortifier la coaptation. Un drain de calibre ordinaire avait été placé préalablement au fond de la plaie, chaque extrémité sortant par un angle. Par l'angle interne, je fais passer aussi le fil de la fémorale.

Le moignon est recouvert des pièces du pansement de Lister, sur lesquelles je place une bonne couche d'ouate que je fais remonter sur le bassin et sur l'abdomen.

Le spray phéniqué a fonctionné pendant toute la durée de l'opération et du pansement (une heure un quart). Les éponges, les fils, le drain, les instruments avaient été, longtemps à l'avance, plongés dans la solution phéniquée. Les mains du chirurgien et de ses aides avaient été soigneusement lavées aussi avec le liquide antiseptique, ainsi que le champ opératoire. Le patient, ranimé par quelques cuillerées de cognac, est transporté dans un lit bien chauffé.

Le soir, l'état général est bon. La température s'est élevée de 35°6 à 36°4. Pas de douleur. Sommeil satisfaisant.

25 *juin.* — La température est à 39°5 le matin ; à 39° le soir.

26 *juin.* — Pansement. Une assez grande quantité de sérosité sanguinolente a taché la gaze phéniquée. Le siège de l'opéré est placé sur un coussin à air, dans le but d'éviter la production d'une escarre au sacrum. Température 37°3 le matin; 38°6 le soir.

27 *juin.* — Le patient a passé une excellente nuit. Il a eu une selle convenable et demande à manger. Potages. Température 37°4 le matin; 38°2 le soir.

28 *juin.* Second pansement. Suppuration peu abondante. Les lambeaux ne sont nullement tuméfiés. Les épingles sont enlevées. Le drain est retiré vers l'angle externe plus déclive et j'en retranche un centimètre environ.

29 *juin.* La situation est toujours fort satisfaisante. Sur sa demande, Turin reçoit une nourriture plus substantielle. Il nous dit éprouver quelques douleurs dans les doigts du pied supprimé.

30 *juin.* Pansement. Suppuration médiocre. La réunion immédiate paraît parfaite, sauf aux deux angles, naturellement, et encore l'angle interne est-il presque cicatrisé. Les brins de charpie collodionnés sont enlevés et remplacés par quelques autres de même nature. Les lambeaux restent souples.

Les jours suivants, l'état général ne subissant aucune aggravation et

la température oscillant entre 37° 5, et 38°, une couche diphtéroïde apparaît sur les angles de la plaie. En deux points, la cicatrice se désunit, laisse passer le nœud d'une ligature accompagnée d'un peu de pus et se recouvre aussi d'une membrane pultacée. Pendant une quinzaine de jours, je lutte contre ce petit accident local avec la teinture d'aloès, le camphre phéniqué et le perchlorure de fer. Ce dernier agent et le thermo-cautère finissent par en avoir raison. A chaque pansement, je retire le drain de quelques millimètres.

Le 15 *juillet*, vingt et un jours après l'opération, le fil de la fémorale tombe sous une faible traction.

Le 20, j'ouvre un abcès gros comme une noix sur la partie inférieure du lambeau antérieur. Le pus qui s'en écoule paraissant avoir une origine assez profonde, je place dans l'ouverture un bout de drain ainsi qu'en un autre point qui a donné issue au nœud d'une ligature.

Je tiens à bien insister sur ce fait que, pendant tout ce temps, la masse des lambeaux demeure parfaitement intacte, que leur union n'a pas cédé, que l'inflammation déterminée par la présence des ligatures perdues ou des plaques diphtéroïdes n'a frappé que des localités très restreintes.

La quantité de pus qui s'écoule par le grand drain transversal, dont la longueur est diminuée à chaque pansement, devenant moindre de jour en jour, je supprime définitivement le drain le 3 septembre, un peu plus de deux mois après l'opération. L'opéré se levait déjà depuis quelques jours. Il jouissait d'un appétit merveilleux et présentait les apparences de l'obésité des amputés.

Appareil prothétique. — M. le docteur Gendron, fabricant d'instruments de chirurgie à Bordeaux, a construit, pour Turin, un appareil ingénieux qui dissimule la terrible mutilation qu'il a subie, et, ce qui vaut mieux encore, lui permet de marcher aisément, de s'asseoir, de fléchir ou d'étendre, au besoin, le genou et le pied.

Cet appareil est constitué par une calotte en cuir moulé, emboîtant la fesse et prolongée en ceinture du côté opposé. Cette ceinture porte une armature métallique ayant la forme du bassin, de façon à empêcher les mouvements de rotation de l'appareil sur la forme arrondie en tous sens du moignon.

La calotte en cuir enveloppant la fesse sert de point d'appui à la moitié du corps privé du membre inférieur et a été matelassé en conséquence. Elle porte une armature métallique en croix sur laquelle vient s'articuler le membre tout entier. Dans la prothèse de l'amputation d'un membre, il est d'usage de remplacer la partie rigide de ce membre par des montants métalliques, latéraux articulés en charnière au niveau des articulations, et permettant ainsi les mouvements de flexion et d'extension usuels. L'appareil est ainsi fait pour la continuité de la jambe, de la cuisse et du pied.

Le procédé change, pour le cas actuel, au niveau de l'articulation coxo-fémorale. L'appareil est disposé de façon à ce que l'une des deux articulations, point d'appui principal, réponde à l'axe du membre dans la position verticale et puisse se déplacer pour se porter en avant et

en haut, laissant la fesse libre quand le sujet veut s'asseoir. L'autre articulation reste latérale externe. La première correspond à l'extrémité du diamètre vertical de la portion de sphère formée par le bassin recouvert de son enveloppe en cuir; la seconde est placée à l'extrémité du diamètre horizontal de la même sphère.

Ainsi établies, les articulations, quoique placées en des points non symétriques, concourent à produire un même mouvement : la flexion de la cuisse sur le bassin (elles peuvent être considérées, en effet, comme situées sur le même rayon d'une circonférence dont le centre correspond au point où est situé l'articulation de la cuisse avec le bassin).

Les articulations sont libres ou fixées à volonté par des verrous à abaissement automatique.

Une bretelle, passant sur l'épaule opposée, s'attache, par son extrémité postérieure, au montant latéral externe, et par son extrémité antérieure, sur le pied, en avant de l'articulation de ce dernier avec la jambe. Une petite portion de cette bretelle est élastique et donne au pied la faculté d'exécuter des mouvements de flexion, ceux d'extension étant produits naturellement par l'appui du talon sur le sol pendant la marche. Cette bretelle a enfin pour but de compenser, par son action, une partie du poids de l'appareil et de contribuer à faciliter le mouvement de projection en avant du membre pendant la marche.

Rester debout et marcher sans appui, s'asseoir : telles sont les indications remplies.

L'opéré, muni de son appareil, a été présenté à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, dans sa séance du 23 avril 1880; et à la Société de chirurgie de Paris, dans sa séance du 11 août 1880.

Examen de la pièce anatomique. — Au centre de la cuisse enlevée, existe un vaste foyer purulent, fétide, dans lequel on trouve des portions de muscles ramollies et flottantes. Le périoste est détaché de l'os presque complètement, depuis les trochanters jusqu'au tiers inférieur du fémur. Çà et là, il y reste encore accolé par des tractus noirâtres. Il est réduit en une pulpe violacée couverte de pus de tous côtés. En plusieurs points, il a complètement disparu. Sur le tiers inférieur du fémur, en avant, il est adhérent et considérablement épaissi; en arrière, il présente des lésions intermédiaires. Très résistant dans l'échancrure sus-condylienne, il s'est laissé envahir vers les bords et n'existe plus au niveau de l'incision faite, pour l'extraction d'un séquestre, avant la production de la fracture spontanée.

Cette fracture existe à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du fémur. Elle est oblique de haut en bas et de dehors en dedans. La portion d'os qui en est le siège est complètement nécrosée, blanche, creusée de longs sillons verticaux, et cette nécrose s'étend depuis la ligne bi-trochantérienne — elle a même envahi la face antérieure du col, en avant — jusque vers le milieu de la diaphyse. On trouve seulement, en descendant à partir du point fracturé, un étui osseux de nouvelle formation, rugueux, couvert d'aspérités dont quelques-unes ressemblent à celles du corail blanc, étui d'abord incom-

plet, laissant voir, par de larges interstices, l'os ancien nécrosé, puis se confondant peu à peu avec lui. Tout à fait en bas, le fémur est plus finement grenu en avant avec une multitude de fines ouvertures vasculaires ; en arrière, les aspérités, en forme d'apophyses, descendent jusqu'aux condyles. Immédiatement au-dessus de cette épiphyse inférieure, sous le périoste épaissi et difficile à décoller, on trouve quatre excavations dont l'une serait capable de loger un haricot. Elles sont absolument vides. La cavité qui soutenait le petit séquestre primitivement extrait peut recevoir l'extrémité du petit doigt ; elle est tapissée par une membrane granuleuse.

Réflexion. — La gravité de la situation et l'étendue des lésions rendaient indispensable une opération radicale. La désarticulation de la hanche s'imposait. Malgré l'extrême gravité de cette opération et l'état précaire de mon malade, mon succès est de nature à encourager les chirurgiens à ne pas trop vite désespérer.

D'ailleurs, il ne faut pas oublier que les meilleurs résultats fournis par la désarticulation coxo-fémorale appartiennent aux opérations pratiquées pour des ostéites du fémur, en laissant de côté les réamputations et quelques faits exceptionnels (désarticulations pour brûlure, coxalgie hystérique, etc.). En effet, la statistique si complète d'August Lüning[1] donne les chiffres suivants :

Désarticulations pour plaies par armes à feu, mortalité	88,28 0/0.
Pour d'autres blessures	85,03 0/0.
Après résection de la hanche	50 0/0.
Pour tumeurs	46,75 0/0.
Pour maladies de l'articulation de la hanche.	40 0/0.
Pour périostite, ostéite, ostéomyélite, carie, nécrose du fémur	38,46 0/0.
Réamputations (désarticulations après amputations de la cuisse)	35,29 0/0.

J'ai cru utile de rappeler ces chiffres, parce qu'il est présumable qu'au moment de prendre une détermination les chirurgiens sont souvent arrêtés par le souvenir, trop présent à leur pensée, de l'effroyable mortalité qui pèse sur la désarticulation pratiquée pour des causes traumatiques.

Je fais la part, bien entendu, de l'objection invariablement opposée à toute statistique portant sur la pratique des opérations graves, objection qui met en avant les cas d'insuccès dont la publication n'est jamais faite et dont le nombre reste, par cela même, absolument inconnu.

[1] August Luning, *Uber die Blutung bei der Exarticulation des oberschenhels undderey Vermeidung.* Zuricbl

M. Berger. A propos de la fracture spontanée d'un os atteint d'ostéite, je désire communiquer un fait semblable, dont j'ai été témoin cette année. Un homme entra à l'hôpital de la Charité, avec une ostéo myélite de la cuisse, datant de l'adolescence. Des séquestres furent éliminés et des abcès se formèrent. Un beau jour, en pansant le malade, on trouva que le fémur était fracturé. La consolidation de cette fracture eut lieu très rapidement.

M. Terrier rappelle qu'avec son observation de désarticulation de la cuisse, M. Demons a envoyé à la Société *deux moules représentant des pieds amputés par le procédé de Chopart.*

Lectures.

Observation de thyroïdectomie,

Lecture par M. Richelot.

Commission : MM. Delens, Sée, Terrillon.

Diagnostic d'un abcès sous-deltoïdien.

Lecture par M. Felizet.

Commission : MM. Berger, Périer, Gillette.

Sonde œsophagienne à demeure pendant 305 *jours ; utilité du procédé.*

Lecture par M. Krishaber.

Commission : MM. Labbé, Trélat, Lannelongue.

La séance est levée à 5 heures 1/2.

Le secrétaire,
Polaillon.

TABLE DES MATIÈRES.

A

B

C

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

U

V

TABLE DES AUTEURS.

A

B

C

D

E

F

G

H

J

K

L

M

N

O

P

R

S

T

V

W

Y

Société d'imp. Paul Dupont. Paris, 41, rue J.-J. Rousseau. 66.12.80. Le Gérant: G. Masson